



Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Contratualização interna no CHULC - Comprometimento de médicos e enfermeiros no internamento

Curso de Especialização em Administração Hospitalar

Carma Sofia Carvalho Gouveia

Abril de 2019



Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Contratualização interna no CHULC - Comprometimento de médicos e enfermeiros no internamento

Trabalho de Campo apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à
obtenção do grau de Especialista em Administração Hospitalar realizado sob a
orientação científica da Professora Doutora Ana Escoval e Dr.^a Rute Ribeiro

Abril de 2019

A Escola Nacional de Saúde Pública não se responsabiliza pelas opiniões expressas
nesta publicação que são da exclusiva responsabilidade do seu autor.

Agradecimentos

Gostaria em primeiro lugar de deixar uma palavra de agradecimento à Professora Doutora Ana Escoval pela sabedoria, disponibilidade e apoio prestado ao longo deste trabalho.

À Doutora Rute Ribeiro pela inextinguível compreensão, sabedoria, dedicação, disponibilidade, incentivo e carinho que demonstrou no decorrer desta investigação.

Ao Doutor Osvaldo Santos pela clareza de raciocínio e por me ajudar a traçar o caminho certo.

A todos os Professores pela partilha de conhecimentos, pela competência técnica e científica, pelas palavras de incentivo e disponibilidade demonstradas ao longo deste percurso.

À minha Mãe, por me ensinar o verdadeiro significado de persistência, resiliência e superação.

A todos aqueles que tornaram esta jornada inesquecível.

RESUMO

Enquadramento: Pretende-se estudar o comprometimento organizacional e o comprometimento com os indicadores contratualizados internamente, de médicos e enfermeiros, no internamento do Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central. A contratualização interna incorpora princípios da gestão por objetivos, pelo que o comprometimento organizacional e o comprometimento com os indicadores contratualizados poderão ser fatores determinantes para o seu sucesso e consequentemente das organizações de saúde. O comprometimento organizacional relaciona-se com a condição dos indivíduos se envolverem e comprometerem no atingimento das metas da sua instituição e o comprometimento com os objetivos relaciona-se positivamente com a *performance* da instituição. Assim, aliar teorias do comportamento organizacional dos profissionais de saúde poderá ser um fator preditor das consequências práticas da implementação de técnicas de gestão operacional. Como fatores determinantes do comprometimento foi avaliado o conhecimento dos indicadores por médicos e enfermeiros e o seu envolvimento na sua definição. Já que a escala de comprometimento com os objetivos utilizada, não foi ainda traduzida nem validada para Portugal, realizam-se procedimentos de teste de forma a dar um pequeno contributo para a sua validação para o contexto nacional.

Metodologia: Realizou-se um estudo observacional retrospectivo, com base numa amostra por conveniência de n=307 de médicos e enfermeiros, dos serviços de internamento do Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Central. Foi aplicado um questionário que integra a escala de comprometimento organizacional de Meyer e Allen¹ adaptado e validado em Portugal e a escala de comprometimento com os objetivos de Klein *et al.*². Foi ainda questionado o conhecimento e envolvimento destes profissionais com os indicadores contratualizados internamente para as suas Áreas.

Resultados: Na amostra em estudo a componente afetiva do comprometimento organizacional foi a mais prevalente e o nível de comprometimento organizacional global dos inquiridos é de 3,84 pontos. O comprometimento com os objetivos é de 4,8 pontos. Ambos os tipos de comprometimento são maiores na Área da Mulher, Criança e Adolescente, nos enfermeiros e no grupo de inquiridos que exercem cargo de chefia. De entre os respondentes, 53% refere não conhecer os indicadores e 82% refere não ter sido envolvido na sua definição. Existe maior comprometimento com os objetivos contratualizados no grupo que está familiarizado com estes, assim como no grupo de inquiridos envolvidos na sua definição.

Conclusões: O nível de comprometimento com os indicadores contratualizados é superior àquele verificado para com a organização. Face aos resultados obtidos, enfatiza-se a importância do envolvimento dos profissionais na definição dos indicadores com vista ao aumento do comprometimento com os indicadores contratualizados, que poderá influenciar a *performance* institucional.

Palavras chave: Comprometimento organizacional; comprometimento com objetivos; Organizações de saúde; Contratualização; Gestão por objetivos; profissionais de saúde.

ABSTRACT

Background: It is intended to study the organizational commitment and the commitment with the internally contracted indicators of doctors and nurses for the inpatient services of Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Central. Internal contractualization incorporates principles of management by objectives, so that organizational commitment and commitment to the contracted indicators (goals) can be determinant factors for its success and consequently of healthcare organizations. Organizational commitment is related to the individuals' involvement and intent in achieving the goals of their institution and the commitment to goals is positively related to the performance of the company. Thus, allying theories of the health professionals' organizational behavior may be a predictor of the practical consequences of the implementation of operational management techniques. As determinants of the commitment, the knowledge of the indicators by physicians and nurses and their involvement in its definition were evaluated. Since the scale of commitment to the objectives used has not yet been translated or validated for Portugal, test procedures are carried out to make a small contribution to its validation for the Portuguese context.

Methodology: A correlational and descriptive study was performed, based on a convenience sample of $n = 307$ of physicians and nurses, from the inpatient services of the CHULC. A questionnaire that gather the organizational commitment scale of Meyer and Allen (1) was adapted and validated in Portugal and the scale of commitment with to goals of Klein et al. (2). It was also asked the knowledge and involvement of these professionals with the indicators contractualized internally for their Areas.

Results: In the study sample, the affective component of the organizational commitment was the most prevalent and the level of global organizational commitment of the respondents was 3.84 points. The commitment to the objectives is 4.8 points. Both types of commitment are higher in the Área de Mulher, Criança e Adolescente, within nurses and in the group of respondents who hold positions of leadership. Of the respondents, 53% said they did not know the indicators and 82% said they had not been involved in their definition. There is higher commitment to the contractualized goals in the group that is familiar with these, as well as in the group of respondents involved in its definition.

Conclusions: The level of commitment to the contracted indicators is higher than that found for the organization. Considering the results obtained, it is emphasized the importance of the involvement of professionals in the definition of indicators in order to increase the commitment with the contracted indicators, which may influence the institutional performance.

Key words: Organizational commitment; goal commitment; Healthcare organizations; Management by objectives;

Lista de Abreviaturas

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
ACP	Análise de Componentes Principais
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
CA	Conselho de Administração
CHULC	Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Central
CP	Contrato-Programa
EPE	Entidade Pública Empresarial
Fr	Frequência
GCD	Grande Categoria de Diagnóstico
GDH	Grupo Diagnóstico Homogéneo
HCC	Hospital Curry Cabral
HDE	Hospital Dona Estefânia
HSAC	Hospital Santo António dos Capuchos
HSJ	Hospital São José
HSM	Hospital Santa Marta
KPI	<i>Key Performance Indicators</i>
KS	Kolmogorov-Smirnov
MAC	Maternidade Alfredo da Costa
PIB	Produto Interno Bruto
SICA	Sistema Integrado para Contratualização e Acompanhamento
SNS	Serviço Nacional de Saúde

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
2.1. <i>Commitment</i> e Comprometimento organizacional	3
2.1.1. Conceito multidimensional de Meyer e Allen	4
2.1.2. Instrumento para medição do Compromisso Organizacional.....	5
2.2. Comprometimento com indicadores, objetivos e metas	6
2.2.1. Instrumento para medição do comprometimento com objetivos	9
2.3. Gestão e comprometimento com os objetivos no setor da saúde	10
2.4. Contratualização em saúde	11
2.5. Caraterização do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central	14
2.5.1. Internamento do CHULC	16
2.5.2. A contratualização no CHLUC.....	17
3. OBJETIVOS	21
4. METODOLOGIA	23
4.1. Tipo e desenho do estudo.....	23
4.2. Período de estudo.....	23
4.3. Determinação e seleção da amostra em estudo	24
4.4. Critérios de inclusão e exclusão na amostra	24
4.5. Instrumento de recolha de dados	25
4.5.1. Pré-teste	27
4.5.2. Metodologia de recolha de dados.....	28
4.6. Variáveis em estudo	28
4.7. Técnicas de análise estatística dos dados	30
5. RESULTADOS.....	31
5.1. Caraterização da amostra	31
5.2. Análise da consistência interna das escalas	34
5.3. Caraterização do comprometimento organizacional dos profissionais de saúde ..	34
5.4. Caraterização do Comprometimento com objetivos	36
5.5. Conhecimento dos indicadores pelos profissionais de saúde.....	38
5.5.1. Análise do comprometimento com os objetivos e seu conhecimento, pelos profissionais de saúde	39
5.5.2. Análise da relação entre o conhecimento dos indicadores e o grupo “chefias” ..	40
5.6. Envolvimento na definição de objetivos pelos profissionais de saúde	41
5.6.1. Análise do comprometimento com os objetivos e envolvimento na sua definição, pelos profissionais de saúde	42
5.6.2. Análise do envolvimento na definição de indicadores e o grupo das “chefias” ..	43
5.7. Análise da correlação do comprometimento organizacional com o comprometimento com os objetivos	43
5.8. Contributo para a validação da escala de comprometimento com os objetivos	44
6. DISCUSSÃO	45
6.1. Discussão metodológica	45
6.2. Discussão de resultados	47
6.3. Sugestões de investigações futuras.....	52
6.4. Relevância para as organizações de Saúde	52
7. CONCLUSÕES	54
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
9. ANEXOS	60

Índice de Figuras

Figura 1- Esquema concetual da investigação	23
---	----

Índice de tabelas

Tabela 1-Resultados da atividade do internamento	16
Tabela 2- Indicadores-chave contratualizados internamente entre as Áreas e o CA... 19	
Tabela 3-Variáveis para caracterização sociodemográfica	28
Tabela 4-Tipos de Comprometimento organizacional e de Comprometimento com os objetivos	29
Tabela 5- Variáveis de Área, Conhecimento com os indicadores e Envolvimento na definição dos indicadores	30
Tabela 6-Caraterização da amostra em estudo	31
Tabela 7-média de idade dos profissionais e de tempo de exercício profissional.....	32
Tabela 8-Frequência (Fr) de respostas e respetiva percentagem por Área e por classe profissional	33
Tabela 9- <i>Alpha de Cronbach</i> por escala de Comprometimento	34
Tabela 10-Valor medio de comprometimento organizacional global e as suas três componentes	34
Tabela 11-Número de indivíduos com conhecimento e sem conhecimento dos indicadores contratualizados.....	38
Tabela 12-Comparação entre o grupo “com conhecimento” e “sem conhecimento” dos indicadores vs. comprometimento com os objetivos- Teste de Mann-Whitney	40
Tabela 13-Estatística bivariada "Chefias" vs. "Conhecimento" - Teste de Qui-Quadrado	40
Tabela 14- Número de indivíduos "envolvidos " e "não envolvidos" na definição dos objetivos	41
Tabela 15- comparação entre o grupo de envolvidos e não envolvidos na definição dos indicadores VS comprometimento com os objetivos- Teste de Mann-Whitney	43
Tabela 16-Estatística bivariada “Chefia” VS "Envolvimento" - Teste de Qui-Quadrado	43
Tabela 17- Correlações comprometimento organizacional e comprometimento com os objetivos- Coeficiente de Spearman**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed); *. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).	44
Tabela 18-Análise de Componentes Principais para a escala de Comprometimento com os Objetivos.....	44

Lista de Gráficos

Gráfico 1- Grau médio das componentes de Comprometimento Organizacional pelas diferentes Áreas	35
Gráfico 2-Comprometimento organizacional global e suas componentes, por classe profissional	35
Gráfico 3-Comprometimento organizacional e suas componentes entre o grupo "chefia" vs grupo "não chefia"	36
Gráfico 4-Nível de comprometimento médio com os objetivos entre Áreas	37
Gráfico 5- Nível médio de comprometimento com os objetivos por classe profissional	37
Gráfico 6-Comprometimento com os objetivos entre o grupo de chefias inquiridas	37
Gráfico 7- Percentagem de inquiridos com e sem conhecimento dos indicadores-chave, por Área	38
Gráfico 8-Conhecimento dos indicadores contratualizados por classe profissional	39
Gráfico 9-Percentagem de inquiridos chefes com e sem conhecimento dos indicadores contratualizados para a sua Área	39
Gráfico 10-Percentagem de inquiridos envolvidos e não envolvidos para cada Área.....	41
Gráfico 11- Envolvimento na definição dos indicadores contratualizados por classe profissional	42
Gráfico 12-Envolvimento na definição dos indicadores no grupo das chefias	42

1. INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde debatem-se diariamente com o dilema da eficiência na gestão das organizações que visam dar resposta às necessidades das populações, cada vez mais diversas e complexas. A exigência crescente da população, a par com a necessidade premente de rigor nas contas públicas, traduz um trade off especialmente relevante no setor da saúde.

Nos anos 2015, 2016 e 2017, a despesa corrente em saúde aumentou, em termos nominais, obtendo-se variações de 3,3%, 4,4% e 3%, respetivamente³. Em 2015, a despesa do setor em termos de variação em percentagem do Produto Interno Bruto (PIB), era de 9%, sendo que a despesa pública em saúde representava 65% do total da despesa do setor⁴.

Factualmente, é justificada a adoção e valorização de ferramentas de gestão dos serviços de saúde, com vista a ganhos de eficácia e eficiência, sem que sejam postos em causa os pilares da equidade, do acesso e da qualidade dos cuidados de saúde em Portugal. Neste contexto, enfatiza-se a necessidade de um adequado financiamento dos serviços com centralidade no papel da contratualização em saúde, impulsionada pela corrente da New Public Management, cujo pressuposto é o da aplicação de técnicas e modelos de gestão empresarial, assentes em práticas de gestão privada. É defendido um modelo integrado de governança onde a participação dos diferentes atores é um fator chave para o sucesso, com vista à sustentabilidade do sistema⁵.

Assim, é importante refletir e discutir para além das questões financeiras que, sendo cruciais, poderão ser valorizadas através da consideração de outros aspetos relacionados com o processo de contratualização.

A contratualização interna, que incorpora princípios da gestão por objetivos, é um instrumento de gestão que promove o alinhamento entre os objetivos¹ contratualizados ao nível da contratualização externa e a missão das organizações de saúde.

O facto de os objetivos funcionarem como reguladores das ações humanas pelo processo motivacional que necessita por parte dos profissionais é uma consideração importante com implicações na performance da organização^{6,7}. Deste modo, aliar teorias do comportamento organizacional poderá ser um bom fator preditivo das consequências práticas da implementação de técnicas de gestão operacional ⁷ com vista ao sucesso do processo de contratualização interna. Defende-se a integração de considerações do comportamento humano, já que se o estabelecimento de metas fosse apenas um

¹ Para o presente trabalho assumem-se como sinónimos os conceitos “objetivos” e “indicadores”.

procedimento técnico, então a sua execução, dessa forma, levaria de forma consistente a uma melhoria de *performance*⁶.

O comprometimento organizacional observado por parte dos profissionais e o comprometimento com os objetivos definidos internamente entre as diferentes Áreas funcionais e o Conselho de Administração (CA) parece, pois, um aspeto fundamental a ter em consideração para o sucesso da contratualização.

Ao comprometimento com a organização, condição dos indivíduos estarem envolvidos e comprometidos para o atingimento das metas da instituição a que pertencem, nos diferentes níveis de identificação, envolvimento e lealdade⁸ junta-se o comprometimento com os objetivos que incide sobre a determinação com que o objetivo é atingido pelo indivíduo^{2,9-11}. Para além disto, defende-se que ao maior envolvimento dos indivíduos na definição das metas, maior o seu comprometimento com as mesmas^{11,12}.

O presente trabalho de investigação versa sobre estes aspetos inerentes ao sucesso da contratualização interna implementada no Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Central (CHULC), entre os seus serviços de internamento e o CA.

A questão de partida a que a presente investigação pretende dar resposta é: qual o nível de comprometimento organizacional e de comprometimento com os indicadores contratualizados internamente e o nível de envolvimento e conhecimento, de médicos e enfermeiros, para os serviços de internamento do Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central?

O objetivo geral consiste em estudar o nível comprometimento organizacional e o nível de comprometimento com os indicadores contratualizados internamente bem como o nível de conhecimento e envolvimento, de médicos e enfermeiros, para serviços de internamento do CHULC.

Mais concretamente, pretende caracterizar-se o comprometimento organizacional e para com os objetivos contratualizados internamente entre as Áreas e o CA. Pretende ainda analisar-se o conhecimento dos indicadores contratualizados por parte dos profissionais e o seu envolvimento, por parte dos profissionais, bem como dar um contributo para a validação da escala de comprometimento com os objetivos.

Estruturalmente, este trabalho é constituído por seis capítulos que comportam o enquadramento teórico, os objetivos do estudo, metodologia utilizada, a apresentação dos resultados obtidos, a discussão onde são abordadas as questões metodológicas inerentes à investigação e a discussão dos resultados obtidos. Por último apresentam-se as principais conclusões do estudo.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A estrutura da fundamentação teórica da presente investigação tem por base uma abordagem às temáticas do comprometimento enquanto conceito que inclui o comprometimento com a organização e com os objetivos. É também realizado o enquadramento teórico, em termos de gestão por objetivos e da contratualização no que respeita à sua influência nas organizações de saúde ao nível de médicos e enfermeiros. Por último, considera-se pertinente a inclusão neste capítulo da caracterização do centro hospitalar onde foi realizado este estudo, na mesma medida em que se apresentam os valores da sua produção, quer em termos de resultados da organização, quer em termos de recursos humanos alocados.

2.1. *Commitment* e Comprometimento organizacional

Na década de 70 foi identificado um crescente interesse pelo conceito de compromisso organizacional (*organizational commitment*)¹³ e desde então diversos foram os investigadores que se debruçaram sobre este conceito dando espaço à discussão, tendo surgido algumas correntes, por vezes opostas, quanto à definição do conceito.

O termo *commitment*, doravante designado de comprometimento, seguindo a linha de tradução de Nascimento¹⁴, cuja adaptação do questionário de comprometimento organizacional para Português é a assumida no presente trabalho. Este termo é, de acordo com o mesmo autor, o que melhor retrata uma ação e responsabilidade pessoal com determinada meta ¹⁵.

No contexto das organizações, os indivíduos podem assumir diversas formas de comportamento organizacional que se define como sendo o conjunto das crenças, atitude e comportamentos que os indivíduos podem adotar nas empresas onde trabalham¹⁶.

Comprometimento organizacional é definido na bibliografia consultada como a condição dos indivíduos envolvidos e comprometidos para o atingimento das metas da instituição a que pertencem, nos diferentes níveis de identificação, envolvimento e lealdade⁸. É encarado como uma resposta emocional mensurável através de comportamentos, crenças e atitudes dos indivíduos que se organizam numa escala que varia entre o muito baixo e o muito alto^{8,17}.

A melhor abordagem ao conceito de comprometimento organizacional não tem gerado consenso entre a comunidade científica ⁸. Contudo, vários estudos apontam no sentido da centralidade do conceito de compromisso organizacional e convergem no argumento de este ser constituído por diversas componentes ^{18,19}.

O estudo do comprometimento para o contexto português foi já estudado por diversos autores o que consubstancia a importância desta temática e do seu estudo para o contexto das organizações, em Portugal ^{14,20–23}.

No âmbito da gestão das organizações, o conceito de comprometimento organizacional aplica-se na medida em que pode assumir-se como um bom indicador da relação do profissional com a instituição onde trabalha. O comprometimento organizacional tem também sido positivamente associada à satisfação no trabalho¹⁹, comunicação, liderança, entre outros. Adicionalmente, o comprometimento organizacional e a satisfação no trabalho são considerados aspetos críticos na retenção e na atração de profissionais altamente qualificados nas organizações²⁴.

O conceito de comprometimento organizacional está também ele relacionado com as organizações de saúde. Enquanto parte integrante de uma eficaz gestão de recursos humanos, pode ter efeito significativo na satisfação do utente²⁵. Profissionais satisfeitos e comprometidos oferecem melhor atendimento, daí decorrendo melhores resultados e maior satisfação do doente^{25,26}. A preocupação com a satisfação dos profissionais e em particular do comprometimento organizacional é mais crítica em organizações de grande complexidade, baseadas em conhecimento altamente diferenciado, como as do setor da saúde, onde a profissionalização e a retenção de profissionais qualificados é particularmente importante²⁴.

2.1.1. Conceito multidimensional de Meyer e Allen

Um dos modelos de comprometimento organizacional que maior atenção tem recebido por parte da comunidade científica é o de Meyer e Allen¹, na mesma medida em que tem sido um dos mais consensuais. Este modelo, designado de “Modelo das Três-Componentes”¹ integra um conjunto de três escalas cujo objetivo é o da medição de três componentes, que os autores consideram integrar o comprometimento organizacional, nomeadamente, afetiva, calculativa e normativa¹. A existência destas três componentes, que se diferenciam entre si, foi confirmada através da respetiva análise estatística confirmatória ^{1,19,27–29}.

As três formulações do comprometimento organizacional são vistas mais como componentes do que tipos de comprometimento, já que o mesmo indivíduo pode desenvolver as três componentes relativamente à sua organização. Esta abordagem tri-concetual do comprometimento organizacional foi desenvolvida com base na observação das similaridades e diferenças das concetualizações unidimensionais do comprometimento organizacional ^{29,30}. Neste sentido, a definição proposta por Meyer e Allen ¹ tem acima de tudo um carácter conciliador em torno das concetualizações

anteriores, tendo sido desenvolvida com base nas similaridades entre as diferentes abordagens unidimensionais do conceito.

Estes autores defendem que estas três abordagens têm em comum o facto de o comprometimento ser um estado psicológico que caracteriza a relação dos profissionais com a organização e que tem implicações na decisão de se manterem ou não como membros da organização¹. Para além disto, a natureza dos estados psicológicos difere, daí resultando os três diferentes tipos de comprometimento.

O comprometimento afetivo está relacionado com a relação emocional dos profissionais, a sua identificação com a organização e o seu envolvimento para com a mesma. Profissionais com um forte comprometimento afetivo para com a organização mantêm-se nela porque é essa a sua vontade^{1,18,30}.

O comprometimento calculativo está relacionado com a interiorização das implicações de deixar a empresa e os autores defendem que qualquer coisa que aumente o custo associado a deixar a organização potencia o compromisso calculativo¹.

O comprometimento normativo reflete o sentimento de obrigação moral do profissional para com a organização e conseqüentemente com a sua permanência nesta^{1,31}.

Tanto o comprometimento afetivo como o normativo são descritos na literatura como comportamentos que englobam reciprocidade. No entanto, o comportamento que gera o comprometimento afetivo relaciona-se com o desejo de contribuir para o bem-estar da organização de forma a manter uma reciprocidade de benefício mútuo¹.

No contexto português foi conduzido um estudo por Nascimento e coautores que adapta, para o contexto português, o modelo de Comportamento Organizacional proposto por Meyer e Allen^{14,15}.

2.1.2. Instrumento para medição do Compromisso Organizacional

Partindo do pressuposto de que o comprometimento organizacional é um construto multidimensional constituído pelas três componentes defendidas pelos autores Meyer e Allen¹, estas podem ser medidas através de uma escala específica que engloba as três componentes do comprometimento organizacional: escala de comprometimento afetivo, escala de comprometimento calculativo e escala de comprometimento normativo (*"Affective Commitment Scale"*, *"Continuance Commitment Scale"*, *"Normative Commitment Scale"*, respetivamente). As escalas integram um conjunto de afirmações acerca da dimensão que representam e as respostas são dadas através de uma escala tipo *Likert* de 7 pontos, através da qual as respostas variam do (1) - "Discordo Totalmente" ao (7) - "Concordo Totalmente".

As escalas de *Likert*, habitualmente usadas em ciências sociais, são escalas ordinais que permitem aferir o grau de concordância ou discordância perante determinado atributo, sendo exaustivas e mutuamente exclusivas³².

Numa primeira versão, cada escala era constituída por oito itens, perfazendo um total de 24 itens²⁹. A escala de comprometimento afetivo representava um coeficiente de consistência interna, segundo o *Alpha de Chronbach*, de 0.87, enquanto o calculativo de 0.78 e o normativo de 0.79²⁹.

Na versão final destas escalas, os autores propõem seis itens para a escala do comprometimento afetivo, sete itens para a escala da continuidade e seis para a normativa¹⁴. Nesta versão final da escala, a consistência interna demonstrou-se boa³², tendo por base o *Alpha de Cronbach* de 0.85 para a escala de comprometimento afetivo e de 0.79 e 0.73 para as escalas de comprometimento calculativo e normativo, respetivamente¹⁴.

Para o contexto português, vários são os estudos que se debruçaram sobre esta temática, tendo sido aplicadas as escalas a vários contextos organizacionais. Para todos estes estudos foi verificada a consistência empírica da escala^{15,20,22,23,33}. Em termos de consistência interna, segundo o coeficiente *Alpha de Cronbach*, as escalas apresentam, para a amostra portuguesa do estudo, valores acima dos encontrados pelos autores originais da escala, Meyer e Allen. Para a amostra considerada no estudo de validação deste modelo para Portugal, foram encontrados valores de consistência interna para as escalas de comprometimento afetivo, calculativo e normativo de 0.91, 0.91 e 0.84, respetivamente.

2.2. Comprometimento com indicadores, objetivos e metas

O estudo do comprometimento com os objetivos integra a teoria do estabelecimento de objetivos que tem sido bastante estudada ao longo do tempo e é tida como uma das mais válidas no campo da ciência das organizações^{6,9,34,35}.

Esta teoria relaciona a dificuldade das metas estipuladas com a *performance* que é alcançada. Mais particularmente, debruça-se sobre as condições específicas nas quais as metas conseguem ser mais facilmente atingidas ou, inversamente, sobre as possíveis causas de entropias ao seu cumprimento⁶, relacionando-as com a *performance* obtida.

O comprometimento com os objetivos integra esta teoria, na medida em que se assume como um moderador entre os objetivos e a *performance*, existindo uma relação positiva entre o comprometimento com o objetivo e o seu cumprimento³⁶.

Locke, Latham e Erez debruçaram-se sobre o estudo do comprometimento dos indivíduos com os objetivos e seus determinantes. A principal conclusão deste estudo prende-se com a relação lógica encontrada entre o comprometimento com os objetivos e a *performance* cujos determinantes-chave são o exercício da liderança e o reconhecimento da mesma por parte dos trabalhadores⁹.

O conceito de comprometimento com o objetivo refere-se à ligação do indivíduo ou à sua determinação em cumpri-la, independentemente da origem dessa mesma meta ⁹. Considera-se que o comprometimento com o objetivo está positivamente relacionado com a sua concordância e subsequente aceitação. Este conceito pode ser aplicado a qualquer tipo de meta ou objetivo, quer ele seja autoproposto, participativo ou atribuído por outrem⁹.

Para este trabalho de investigação assume-se a definição proposta pelos autores Locke e Latham, que definem objetivo como aquilo que o indivíduo tenta realizar, ou seja, o objeto de uma ação³⁷, inserido em organizações que são entendidas como um grupo de pessoas que geralmente partilham objetivos comuns³⁸.

Na mesma medida, o comprometimento com os objetivos é definido como sendo a determinação com que o objetivo é atingido pelo indivíduo^{2,9-11}.

Ao comprometimento está subjacente o esforço realizado durante o período temporal necessário até ao atingimento do objetivo ao qual está inerente uma componente motivacional, dado que, se esta condição não se verificar, o comprometimento com o objetivo será afetado⁹ podendo acontecer fenómenos de resistência e/ou abandono dos objetivos em causa^{2,10,11}. No campo da motivação no trabalho, os objetivos assumem-se como uma questão central e, consequentemente, o comprometimento com esses mesmos objetivos é um construto determinante no estudo da relação entre os objetivos e a *performance*².

Importa contemplar as variáveis *aceitação* e *motivação* em contexto de comprometimento com os objetivos, na medida em que quanto mais os indivíduos internalizam, percebem e atribuem significado e importância à tarefa que lhes é proposta, mais tendem a trabalhar afincadamente para atingir o objetivo³⁹. Contudo, a aceitação do objetivo não pressupõe necessariamente que o indivíduo esteja psicologicamente envolvido com ele ⁴⁰.

A complexidade das tarefas necessárias para o atingimento das metas influencia o tipo de relação entre a dificuldade da meta e o compromisso para prever a *performance*. A complexidade serve como condição e limite superior e inferior para o nível de compromisso. O estudo de Erez e Zidon ⁴¹ aponta para um decréscimo da *performance*

à medida que decresce o compromisso com as metas, quando aumenta a dificuldade das metas a atingir.

O nível de dificuldade das metas e a sua relação quer com o grau de comprometimento inerente, quer à variação da *performance* é objeto de investigação de variados estudos^{10,18,42,43}. Contudo, na presente investigação, esta variável não foi contemplada, tendo sido privilegiadas outras condições que influenciam o comprometimento dos indivíduos com os objetivos.

Vários dos estudos que se debruçam sobre a temática dos objetivos tendem a tratá-los como preditores da *performance*^{39,44}, já que no entender dos seus autores, objetivos com maior nível de dificuldade tendem a conduzir a maiores níveis de *performance*⁴⁵. O comprometimento com os objetivos atua como moderador da relação objetivos-*performance* e esta relação é catalisada por dois fatores⁴⁶: importância atribuída pelo indivíduo ao atingimento de determinado objetivo (resultados) e a própria convicção do indivíduo no atingimento do mesmo.

A importância dada ao atingimento, ou não, dos objetivos, pode ser influenciada pela forma como essa importância é incutida ao profissional⁴⁶. O comprometimento com o objetivo pode ser potenciado se os líderes conseguirem incutir uma visão suficientemente inspiradora e motivacional aos demais profissionais e, por sua vez, estes se sintam compreendidos e apoiados pelos seus superiores hierárquicos.

Adicionalmente, destacam-se outras variáveis fundamentais para o estudo do comprometimento com os objetivos. Destaca-se a participação dos indivíduos na sua definição^{12,46} e o papel dos incentivos monetários¹¹.

No que diz respeito à participação dos indivíduos no estabelecimento dos objetivos, poder-se-á relacionar um aumento do comprometimento com a meta, pelo incremento da vontade no atingimento, conseguido através do processo de integração do sujeito na definição dos objetivos^{11,12}. Verifica-se, portanto, uma relação positiva entre a participação na definição dos objetivos e o comprometimento com estes¹². Adicionalmente defende-se que a participação na definição do plano estratégico da empresa promove o alinhamento entre decisões e comportamentos dos gestores com os objetivos da empresa, fomentando o comprometimento afetivo, enquanto componente do comprometimento organizacional, destes profissionais⁴⁷.

Paralelamente, encontra-se também a relação dos incentivos monetários com o comprometimento com os objetivos, pese embora, à semelhança do analisado no parágrafo anterior, esta relação não pareça ser direta. Isto deve-se principalmente ao facto de que a presença de incentivos monetários pode levar a um aumento do

comprometimento, embora a sua ausência não seja corolário de uma diminuição desse mesmo comprometimento ¹¹. Os incentivos monetários são encarados como uma operacionalização para aumento do comprometimento com o objetivo. No entanto, sugerem-se duas questões centrais⁴⁶: a dimensão do incentivo e o tipo de interação entre os incentivos e os objetivos (se o objetivo for altamente complexo e a retribuição monetária se verificar apenas com o atingimento do objetivo, poder-se-á cair num sistema *task-bonus*).

Releva-se o facto de a questão do envolvimento dos indivíduos na definição dos objetivos ser bastante enfatizada na literatura ^{12,35,47}, não esquecendo a complexidade do objetivo assim como a sua especificidade, como já referido. A questão da importância do *feedback* relacionado com o cumprimento dos objetivos tem vindo a ser estudado, mas, neste campo e de acordo com a bibliografia consultada, os resultados não são conclusivos ^{35,48}.

A efetividade das metas traçadas será, assim, conseguida através do comprometimento com as metas *per si* ^{43,49}, sendo que este compromisso funciona como mediador da relação entre a dificuldade da meta e a *performance* necessária para o seu atingimento ⁵⁰. Na mesma medida, o comprometimento com os objetivos é um importante moderador da relação estabelecida entre as metas e o comportamento dos indivíduos ^{23,46}.

2.2.1. Instrumento para medição do comprometimento com objetivos

Na tentativa de desenvolver um instrumento de medição do comprometimento com os objetivos cujo construto fosse válido e demonstrasse características psicométricas adequadas, foi desenvolvido um questionário com nove questões^{2,40}.

Este questionário foi contestado por Tubbs, principalmente no que dizia respeito à dimensionalidade do construto do instrumento de medida ⁵¹. De forma a ir de encontro às questões levantadas, a escala inicial foi ajustada por Klein e coautores, tendo resultado a escala final, composta por cinco itens ², e que foi usada no presente trabalho, por se adequar à questão de investigação proposta. A metodologia de ajustamento da escala desenvolvida pelo autor citado consistiu na combinação de técnicas meta analíticas com análise de equações estruturais, de forma a reforçar a robustez do instrumento, dando resposta às questões levantadas por outros autores ².

A escala de nove itens, inicialmente defendida, foi importante na medida em que reuniu num único instrumento diferentes itens usados individualmente, num único instrumento. Para além disso, impulsionou a investigação do comprometimento organizacional. Porém, a escala evidenciada na meta análise de Klein e coautores, de cinco itens, é mais clara do que a anteriormente defendida ². Este novo instrumento unidimensional

proposto mede o comprometimento dos indivíduos para com os objetivos recorrendo ao uso de questões diretas, para que os indivíduos consigam interiorizar os conceitos de forma suficientemente satisfatória e deste modo se consiga detetar diferentes níveis de compromisso ⁹.

Em termos de validade interna, o questionário final composto pelas cinco questões apresenta coeficiente de *Alpha de Cronbach* de 0.74, o que lhe confere um bom grau de confiabilidade².

2.3. Gestão e comprometimento com os objetivos no setor da saúde

Globalmente, poder-se-á dizer que as organizações foram criadas para a persecução dos objetivos que definem como seus e que vai além da capacidade individual dos seus profissionais. As organizações de saúde não divergem das restantes na necessidade do atingimento dos objetivos. Contudo, a complexidade de que se revestem assume especial relevância, considerando a diversidade de profissionais que englobam, assim como o grau de especialização que lhes é inerente.

Especificamente no setor da saúde, os objetivos definidos terão de traduzir as prioridades sentidas quer ao nível dos utentes, quer ao nível das organizações prestadoras de cuidados à população ⁵². O levantamento das necessidades sentidas pela população é assim fundamental, na medida em que permite aos gestores, em estreita colaboração com os prestadores de cuidados, a definição e planeamento das estratégias a seguir para uma prestação de cuidados de acordo com as necessidades dos utentes.

As políticas de saúde terão o delicado papel de mediar as prioridades definidas com os recursos disponíveis, na qual o planeamento tem um cariz fundamental na operacionalização das estratégias definidas. À operacionalização desse mesmo planeamento é inerente a participação e envolvimento dos profissionais das organizações nos objetivos traçados. O estudo do comprometimento dos profissionais enquanto moderador entre os objetivos e a *performance* da instituição poderá servir de auxílio aos gestores na definição de estratégias para um melhor desempenho.

O comprometimento organizacional foi estudado também no contexto dos prestadores de cuidados de saúde. As organizações de saúde enquanto sistemas sociais necessitam da dotação de recursos humanos para a efetividade e eficiência das suas operações ²⁴ e . O contacto próximo e privilegiado que têm com o doente, associado ao facto de serem os profissionais de saúde com maior poder de decisão dentro das instituições hospitalares, torna essencial o conhecimento da dinâmica do comprometimento com a organização e com os objetivos de médicos e enfermeiros.

Num estudo realizado em Portugal no qual foi aplicada a escala de Meyer e Allen, a profissionais de saúde, foi identificada a prevalência da componente afetiva tanto para médicos como para enfermeiros ²¹. Adicionalmente, foi validada a presença das três componentes do comprometimento organizacional (afetivo, calculativo e normativo) em profissionais de saúde, bem como as correlações entre si ²⁸. O comprometimento organizacional entre a classe de enfermagem é maioritariamente afetivo e a consistência da sua subescala apresenta também um valor superior às restantes componentes^{21,28}.

De entre a bibliografia consultada, pode observar-se também a existência de uma relação positiva entre o comprometimento organizacional e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ⁵³.

A centralidade e importância atribuída aos médicos na prossecução dos objetivos institucionais assentes na teoria do estabelecimento de metas é defendida na bibliografia.

Num estudo realizado em médicos é defendido que uma forte identificação e apego emocional destes profissionais com a profissão pode manifestar-se através de um baixo nível de comprometimento com os objetivos organizacionais, dando aso a atitudes disruptivas no que diz respeito à gestão financeira da organização⁵⁴. Antes, é defendido que o envolvimento dos clínicos num orçamento participativo parece exercer um papel motivacional nos objetivos financeiros definidos ⁵⁴. Assim, defende-se que a atribuição de responsabilidades do ponto de vista financeiro e prestação de contas, possam ser integrados comportamentos e valores individuais no sentido de fomentar práticas que estimulem os médicos a identificarem-se com os objetivos organizacionais ⁵⁴. Além disso, o referido estudo reflete a importância da introdução e do uso de técnicas em tudo semelhantes às usadas nos processos negociais tradicionais, já que isso poderia melhorar a tomada de decisão dos gestores clínicos ⁵⁴.

2.4. Contratualização em saúde

A estratégia de financiamento adotada por cada país assume especial relevo, na medida em que pode levar à definição de novas metodologias de atuação perante os diferentes cenários económico-sociais experienciados nas instituições de saúde e subsequente necessidade da sua reorganização.

Neste sentido, e perante os constantes desafios a que o SNS está sujeito, o processo de contratualização surge como um instrumento de apoio à gestão de um SNS inovador com o objetivo final de reorganizar a atividade pública da saúde⁵. Com recurso à

contratualização pretende-se atingir um maior e melhor desempenho através da definição de um conjunto de serviços de acordo com determinado orçamento, de forma à melhor distribuição de recursos, tendo por base um *“mecanismo de monitorização e a avaliação contínua dos objetivos contratualmente estabelecidos”*⁵⁵, p.164.

O processo de contratualização assenta na relação entre financiadores, compradores e prestadores, mediante um contrato firmado entre os intervenientes, cuja operacionalização se traduz na elaboração de um Contrato-Programa (CP), trienal, que é estabelecido, desde 2006, com todos os hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Entidades Públicas Empresariais e Setor Público Administrativo). É definido através do documento publicado anualmente pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), designado *Termos de Referência para a Contratualização de Cuidados de Saúde*.

O processo de contratualização e a sua concretização em sede de CP envolve a tutela (Ministério das Finanças e Ministério da Saúde), ACSS, Administrações Regionais de Saúde (ARS) e as entidades prestadoras de cuidados.

A contratualização interna surge, por sua vez, como forma de as instituições de saúde operacionalizarem internamente os compromissos assumidos com os organismos externos, promovendo *“um alinhamento cada vez maior entre os objetivos contratualizados externamente e a missão das instituições de saúde”*⁵⁵, p.164.

A contratualização interna reveste-se de grande importância no seio das organizações de saúde, tomando como objetivo geral o de contribuir para garantir *“elevados níveis de acesso ao SNS, com qualidade e eficiência dos cuidados (...), incentivando a melhoria global da performance na gestão dos recursos (...)”*⁵⁶, p.11. Sustenta por isso, uma resposta eficiente às necessidades em saúde da população com uma correta utilização dos recursos públicos⁵⁵.

De entre os seus vários objetivos específicos destaca-se a necessidade de responsabilização dos diferentes *stakeholders* do SNS através dos processos de negociação dos diversos objetivos a atingir monitorizando a evolução; promoção e valorização da participação e envolvimento dos diferentes profissionais e organizações no delineamento das estratégias a seguir reforçando-se também o envolvimento dos profissionais na metodologia da contratualização interna de forma a fortalecer a *“autonomia e a responsabilidade dos profissionais e das equipas e promovendo o alinhamento, o compromisso e a melhoria contínua”*⁵⁶, p.11.

Como fator crítico de sucesso do processo da contratualização foi definido pelos organismos decisores, e defendido pela literatura⁵⁵ um sistema de incentivos e

penalizações, perante, respetivamente, o cumprimento ou incumprimento dos indicadores, subsequente à avaliação de desempenho das diferentes organizações de saúde. Adicionalmente, relevam na literatura consultada os fatores que fomentam e promovem a adesão das práticas de contratualização interna e que se prendem, entre outros fatores, com o envolvimento da gestão intermédia na gestão hospitalar⁵⁵.

De entre várias dificuldades associadas ao processo da contratualização dentro das instituições prestadoras de cuidados, salienta-se para este estudo a “*insuficiente capacitação dos profissionais para a organização e gestão dos serviços de saúde*”⁵⁷, p.13, que pode gerar entropias à operacionalização da contratualização. De tal forma que é sugerido o “*desenvolvimento de um plano de comunicação interno para informar, mobilizar e envolver os profissionais*”⁵⁵, p.177 no processo de contratualização interna.

De facto, a participação dos profissionais é um dos pilares da Gestão por Objetivos proposta por Drucker nos anos 50 e que assenta no pressuposto de que os objetivos não sejam impostos aos profissionais, mas antes assentes numa definição conjunta destes, com o painel de gestores das organizações. É uma filosofia orientada para resultados cujo princípio é o de que os profissionais têm uma melhor *performance* quando sabem o que deles é esperado, podendo existir um alinhamento entre objetivos pessoais e da organização.

Assumindo o pressuposto de que existe uma relação causal entre a monitorização das práticas clínicas, o comportamento dos indivíduos e a *performance* da organização⁵⁴, várias reformas no sistema de saúde ao abrigo do *New Public Management* requereram a introdução de *Management Accounting Systems*. A contratualização interna ao abrigo de um orçamento interno assume-se também como um elemento chave de novas formas de prestação de contas públicas⁵⁴.

A contratualização interna, que incorpora princípios da gestão por objetivos, é um instrumento de gestão que procura promover o alinhamento entre os objetivos contratualizados ao nível da contratualização externa e a missão das organizações de saúde. Pretende-se uma maior transparência e rigor, atribuindo autonomia e liberdade com responsabilidade com o objetivo de ganhos de eficiência na gestão⁵⁵.

O facto de os objetivos funcionarem como reguladores das ações humanas pelo processo motivacional que exige aos membros da organização, é uma consideração importante com implicações no desempenho. Este efeito motivacional tem influência na *performance*⁶⁷, do mesmo modo que quanto maior o envolvimento do indivíduo nas metas, maior o seu comprometimento com as mesmas³¹.

Nesta linha, o estabelecimento de metas não é um procedimento meramente técnico, onde os gestores apenas estabelecem metas com base nos níveis de *performance* que se desejam atingir. Antes, e argumentando a favor da integração de considerações do comportamento humano, defende-se que se o estabelecimento de metas fosse apenas um procedimento técnico, então, a sua execução dessa forma levaria de forma consistente a uma melhoria de *performance* ⁶. Deste modo, aliar teorias do comportamento organizacional poderá ser um bom fator preditivo das consequências práticas da implementação de técnicas de gestão operacional ⁷.

Assim, parece carecer de especial atenção o envolvimento quer dos diferentes níveis de gestão quer dos profissionais de saúde na definição dos objetivos e indicadores definidos em sede de contratualização interna, na medida em que a articulação e o esforço conjunto, em redor dos objetivos traçados que facilita a prossecução das políticas públicas de saúde, da missão dos hospitais, assim como dos resultados definidos a médio e longo prazo ⁵⁵. Se assim não for, o processo de contratualização poderá estar francamente comprometido já que “*formulação e implementação de uma estratégia deverá começar, desde logo, por envolver e capacitar as pessoas que vão executá-la*” ^{55,p.164}. Porém, garantir um correto alinhamento da instituição, com vista à partilha de missão e objetivos pelos profissionais poderá revelar-se moroso e complexo.

Pelo exposto, o estudo do comprometimento com os objetivos por parte dos profissionais, enquanto componente mais abstrata do processo da contratualização interna, poderá ser um fator preponderante para o seu sucesso.

2.5. Caracterização do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

O Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de fevereiro, cria o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (CHLC), aglomerando os Hospitais de São José (HSJ), de Santo António dos Capuchos (HSAC), Santa Marta (HSM) e Dona Estefânia (HDE) ⁵⁸. Mais tarde, agregam-se o Hospital Curry Cabral, EPE (HCC) e a Maternidade Alfredo da Costa (MAC), por Decreto-Lei n.º 44/2012, de 23 de fevereiro. Recentemente, o Centro Hospitalar Lisboa Central foi reconhecido como centro universitário pelo Decreto-Lei n.º 61/2018, de 3 de agosto, passando a designar-se de Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC).

A missão do CHLUC é a prestação de “*cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde*”⁵⁹. Assegura ainda a resposta às necessidades dos seus doentes, com base em cuidados de saúde de acordo com as “*melhores práticas clínicas e numa*

lógica de governação clínica” e pretende a promoção de uma eficiente utilização dos recursos, abraçando ainda áreas de *“investigação, ensino, prevenção e continuidade de cuidados”*⁵⁹.

A visão do CHULC passa por se assumir como uma instituição de referência na medida em que é um *“hospital central, com ensino universitário e formação pós-graduada, com elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica, sendo reconhecido pela sua excelência clínica, eficácia e eficiência”*⁵⁹.

De entre os valores que integram o CHULC referem-se a competência técnica, a ética profissional, a segurança e conforto do doente, responsabilidade, transparência, cultura de serviço centrada no doente, atividade orientada para resultados ⁵⁹.

Trata-se de um centro hospitalar que presta cuidados de saúde à população da sua área de influência em várias especialidades cirúrgicas e médicas. Os hospitais HDE e MAC, vocacionados para a área da saúde materno infantil, o HSM para a área cardiovascular e HSJ, HCC e HSAC para áreas de cuidados gerais. Integra também uma urgência polivalente de adultos, uma obstétrica/ginecológica e outra pediátrica.

À data da publicação do Relatório e Contas 2016, da área de influência direta do CHLC faziam parte treze freguesias do Concelho de Lisboa e duas do Concelho de Loures, sendo hospital de referência para os Hospitais de Vila Franca de Xira, Santarém e Médio Tejo. O Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) de Lisboa Central e o ACeS Loures-Odivelas (Centro de Saúde de Sacavém) integram a área de influência direta do CHLC ⁶⁰.

O CHULC cobre diretamente uma população de cerca de 357 mil habitantes, com uma idade média de quarenta anos, dos quais 53% são mulheres, embora dado o seu âmbito de hospital de referência o seu espectro de população abrangida chegue a cerca de 1,8 milhões de habitantes ⁶⁰.

Do seu Balanço Social contam-se 1035 médicos e 626 médicos internos, 2508 enfermeiros, 632 técnicos de diagnóstico e terapêutica e 59 técnicos superiores de saúde⁶¹.

Em termos económico-financeiros, o Relatório Analítico da Atividade Assistencial e Desempenho Económico-Financeiro reflete *“um agravamento da situação económico-financeira traduzida nos Resultados Operacionais, Líquidos do Exercício e no EBITDA”*^{61,p.14}. Segundo o mesmo relatório, em 2018 e face ao período homólogo, verifica-se um aumento de 6,2% (17,4M€), um agravamento de 137,5% (30,6M€) nos Resultados Operacionais e uma redução de 5,1% (-13,4M€) no total de rendimentos

e ganhos operacionais. Quanto ao Resultado Líquido do Exercício e ao EBITDA, regista-se um agravamento em 137,1% e 172,5%, respetivamente, para o período homólogo.

A sua estrutura orgânica encontra-se representada pelo organograma (ANEXO I), de onde se destacam as várias áreas que integram a estrutura clínica e de Apoio Clínico. As Áreas clínicas dividem-se em: Anestesiologia e Blocos Operatórios; Cirurgia; Coração, Vasos e Tórax; Especialidades Cirúrgicas; Hemato-oncológica; Medicina; Mulher, Criança e Adolescente; Músculo-esquelética; Neurociências; Urgência e Cuidados Intensivos. Destas Áreas fazem parte as diferentes especialidades que são apresentadas no ANEXO II.

2.5.1. Internamento do CHULC

O internamento hospitalar consagra a “*prestação de cuidados de saúde a indivíduos que, após admissão (...) ocupam cama (ou berço de neonatologia ou pediatria) para diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos*”⁶², durante pelo menos 24 horas.

No ano de 2016, o internamento foi responsável por 36% do total de proveitos faturados à ACSS (num total de 141 119 171€), sendo a rubrica de prestação de serviços que mais peso tem em termos de prestações de serviços por parte do CHULC ⁶⁰.

No que se refere à atividade assistencial, o internamento no CHULC para o ano de 2017 teve o desempenho que se pode observar na tabela 1:

Atividade	2017	2018	
	Realizado	Realizado (*)	Meta
Lotação média	1.345	1.315	1.317
Sem berçário	1.315	1.285	1.287
Berçário	30	30	30
Doentes saídos	32.677	31.533	34.973
Sem berçário	30.496	29.482	32.740
Berçário	2.181	2.051	2.233
Demora média (dias)	9,49	9,61	8,50
Taxa ocupação	89,6	90,8	88,6
Doentes crónicos ventilados (dias de internamento)	1.215	1.095	1.217
Doentes de MFR (dias de internamento)	3.598	3.635	4.267

Tabela 1-Resultados da atividade do internamento

(*) dados relativos a setembro 2018

Fonte: Adaptado de Relatório Analítico Da Atividade Assistencial e Desempenho Económico-Financeiro, CHULC ⁶¹

Através da tabela apresentada pode constatar-se uma diminuição de 30 camas para o ano de 2018, em termos de lotação média. Em termos de doentes saídos, existe uma diminuição de 9.8% em 2018, face ao ano de 2017. A demora média para o internamento

tem uma variação de 0.1 dias, de 2018 face a 2017. A taxa de ocupação é maior para o ano de 2018 em 1,1%, bem como o número de doentes crónicos de Medicina Física e de Reabilitação (+1%). O internamento de doentes crónicos ventilados, medido em dias de internamento para o período homólogo em estudo, regista um decréscimo de 9.9% de 2017 para 2018.

Os dados aqui apresentados comparam os períodos homólogos de 2017 e 2018, a que o relatório em apreço diz respeito.

Em termos do total de doentes saídos, por Grande Categoria de Diagnóstico (GCD) no CHLUC para o ano de 2016, verifica-se uma predominância da GCD 5 (Doenças do Aparelho Circulatório) com 14,1%, seguido da GCD 8 (Doenças e Perturbações do Sistema Músculo-esquelético e Tecido Conjuntivo) com 9,8% e da GCD 10 (Gravidez, Parto e Puerpério) com 9%⁶⁰.

Relativamente aos Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH), verifica-se por ordem de predominância, o GCD 640 (Recém-nascido com peso ao nascer >2499g normal ou com outros problemas), o GDH 560 (parto vaginal), o GDH 463 (infecções do rim e/ou vias urinárias), o GDH 139 (outras pneumonias), o GDH 540 (parto por cesariana) e o GDH 194 (insuficiência cardíaca) ⁶⁰. Estes seis GDH representam um quinto da produção relatada no internamento.

2.5.2.A contratualização no CHLUC

Em CP define-se a obrigatoriedade do CHULC em ter “*um modelo de gestão participada, de proximidade, com definição de objetivos e metas delineadas (...) e dos resultados a obter, que capitalize a experiência e o conhecimento dos profissionais (...)*”⁶³.

O processo de contratualização externa do CHULC é concretizado trienalmente com a celebração do CP. É anualmente modificado mediante a elaboração de um Acordo Modificativo ao CP inicialmente firmado.

No caso do CHULC, a contratualização é feita com a ACSS e a ARS de Lisboa e Vale do Tejo. O contrato atualmente em vigor está vigente para o triénio de 2017-2019.

As principais linhas de produção contempladas no CP são o internamento, a consulta externa, a urgência e o hospital de dia.

A produção contratada pelo CHLC em CP de prestação de cuidados de saúde no CHLC realizada com a ACSS para o triénio 2017-2019 é de 320 318 243,10€ dos quais 143 617 010,20€ são relativos ao internamento para 2017, que representa um aumento de 9,3% face a 2016 ⁶³.

O acompanhamento do cumprimento do CP é feito pela ACSS através da plataforma do Sistema Integrado para Contratualização e Acompanhamento (SICA).

No ano de 2017, foram elaboradas cartas de compromisso entre as diferentes Áreas e o Conselho de Administração, base da contratualização interna.

As cartas de compromisso reúnem o conjunto de intentos e o compromisso na melhoria dos processos por parte dos serviços e respetivas Áreas, perante o Conselho de Administração. Estas intenções vão no sentido da melhoria de resultados aproximando-os dos objetivos desejáveis, numa base de responsabilização e de articulação, apesar dos constrangimentos inerentes à atividade e a fatores externos.

A avaliação interna do desempenho global da instituição tem por base a ferramenta de gestão designada de *Balanced Scorecard*, que assenta num conjunto de indicadores - *Key Performance Indicators* (KPI) - e respetivas metas a atingir definidas por quatro perspetivas: financeira, dos doentes, dos processos internos e da aprendizagem e desenvolvimento ⁶⁴. Enquanto ferramenta de gestão, os KPI são, acima de tudo, objetivos prioritários sobre os quais é requerida especial atenção por parte da organização no seu todo.

No CHULC, os KPI estão devidamente evidenciados nas cartas de compromisso de cada Área e a sua forma de cálculo está patente nos respetivos *bilhetes de identidade* dos indicadores. Na Tabela 2 são apresentados os KPI das respetivas Áreas de atuação.

ÁREA DE ATUAÇÃO	KPI	Metas (Total da Área)
Área de Cirurgia	Desenvolvimento de Programas e Técnicas Inovadoras na Prática Clínica	3
	Projetos de Criação de Centros de Referência/Excelência	5
	Demora Média	n.d
	Mediana de tempo de espera da LIC, em meses	3,5
	Custos com medicamentos (variação % face ao ano anterior)	n.d
	Número de MCDT realizados e prescritos pelos ACES	n.d
Área de Coração, Vasos e Tórax	Desenvolvimento de Programas e Técnicas Inovadoras na Prática Clínica	7
	Projetos de Criação de Centros de Referência/Excelência	3
	Demora média antes da cirurgia	1,75
	Mediana de tempo de espera da LIC, em meses	5,2
	Custos com MVMC (variação % face ao ano anterior)	n.d.
	N.º de projetos de articulação implementados com os CSP	2
Área de Especialidades Cirúrgicas	Publicações e Comunicações científicas	10
	Demora Média	4,62
	% doentes cirúrgicos inscritos em LIC com tempo de espera ≤ TMRG	80,80
	Prescrição de MCDT no exterior, valorizados aos preços da portaria (variação % face ao ano anterior)	n.d
	Número de MCDT realizados e prescritos pelos ACES	n.d

Área de Hemato-Oncologia	Desenvolvimento de Programas e Técnicas Inovadoras na Prática Clínica	2
	Projetos de Criação de Centros de Referência/Excelência	2
	Avaliação do Perfil de Resistência dos Microrganismos	1
	Demora Média	14,0
	% consultas externas médicas com registo de alta no total de consultas externas médicas	6,30
	Custos com medicamentos (variação % face ao ano anterior)	n.d.
	Criação de Protocolos de Terapêutica de Ambulatório com ACES	1
Área de Medicina	Desenvolvimento de Programas e Técnicas Inovadoras na Prática Clínica	3
	Projetos de Criação de Centros de Referência/Excelência	4
	% reinternamentos em 30 dias, na mesma Grande Categoria de Diagnóstico	4,47
	Demora Média	10,9
	% doentes cirúrgicos inscritos em LIC com tempo de espera \leq TMRG	70,9
	Custos com medicamentos (variação % face ao ano anterior)	n.d.
	N.º de projetos de articulação implementados com os CSP	3
Área da Mulher, Criança e Adolescente	Projetos de Criação de Centros de Referência/Excelência	2
	% Partos por cesariana	27,0
	% Planos operatórios enviados com antecedência \geq 7 dias	n.d.
	% Marcação de lateralidades	100,0
	Mediana de tempo de espera da LIC, em meses	4,50
	% de utilizadores frequentes (> 4 episódios), no total de utilizadores da Urgência	n.d.
Área de Músculo-Esquelética	Projetos de Criação de Centros de Referência/Excelência	1
	Publicações e Comunicações científicas	10
	% cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas	31,1
	Demora Média	10,59
	Mediana de tempo de espera da LIC, em meses	4,60
	Custos com MVMC (variação % face ao ano anterior)	n.d.
	N.º de projetos de articulação implementados com os CSP	1
Área de Neurociências	Projetos de Criação de Centros de Referência/Excelência	1
	Publicações e Comunicações científicas	20
	Demora Média	8
	Mediana de tempo de espera da LIC, em meses	5,5
	Custos com medicamentos (variação % face ao ano anterior)	n.d.
	N.º de projetos de articulação implementados com outros Hospitais	1

Tabela 2- Indicadores-chave contratualizados internamente entre as Áreas e o CA.

n.d. – não definido

3. OBJETIVOS

No presente capítulo apresentam-se os diferentes objetivos aos quais se pretende dar resposta ao longo da investigação realizada.

Deste modo, como objetivo geral pretende-se:

- Estudar o comprometimento organizacional e o comprometimento com os indicadores contratualizados internamente, de médicos e enfermeiros, para os serviços de internamento do Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central.

De modo a alcançar o cumprimento do objetivo geral da investigação, definiram-se quatro objetivos específicos:

1. Caracterizar o comprometimento organizacional dos médicos e enfermeiros;
2. Caracterizar o comprometimento dos médicos e enfermeiros com os indicadores contratualizados;
3. Analisar o conhecimento e envolvimento na definição dos indicadores contratualizados pelos médicos e enfermeiros;
4. Contribuir para a validação de uma escala de compromisso com objetivos.

4. METODOLOGIA

No presente capítulo apresenta-se a metodologia utilizada para o cumprimento dos objetivos propostos.

4.1. Tipo e desenho do estudo

O presente trabalho de investigação é um estudo observacional no qual a recolha de informação é retrospectiva, na medida em que o investigador não intervém experimentalmente no estudo e se limita apenas à observação dos acontecimentos ocorridos no passado ^{32,65}.

O esquema concetual da investigação é ilustrado pela Figura 1, *infra*.

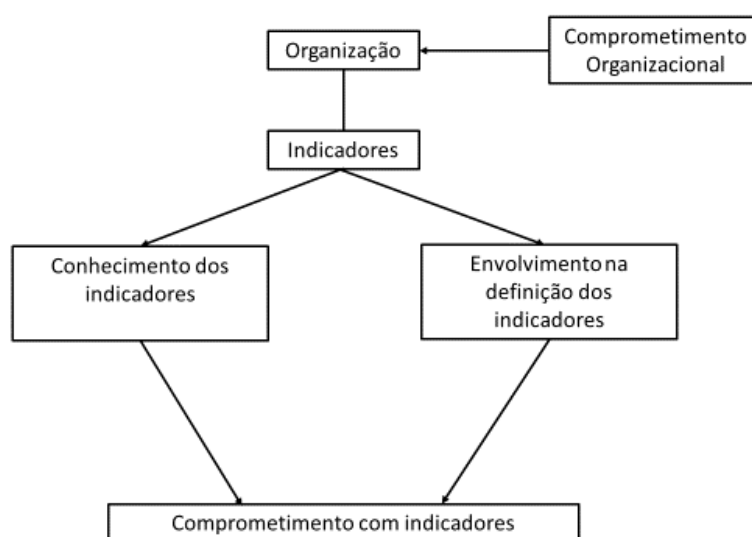


Figura 1- Esquema concetual da investigação

O esquema acima apresentado (Figura 1) reflete a abordagem concetual deste estudo. É analisado o comprometimento dos indivíduos com a organização que, por sua vez, contempla os indicadores definidos em sede de contratualização interna entre as diversas Áreas e o CA. Os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), enquanto integrantes da organização e diretamente implicados na prestação de cuidados, poderão (ou não) conhecer os indicadores e ser (ou não) envolvidos na sua definição. O conhecimento dos objetivos e indicadores bem como o envolvimento na sua definição sustentará o comprometimento dos profissionais com os respetivos indicadores contratualizados para a sua Área.

4.2. Período de estudo

O presente estudo decorreu no período compreendido entre setembro de 2017 e novembro de 2018.

A aplicação dos questionários decorreu entre 16 de julho e 22 de outubro de 2018.

4.3. Determinação e seleção da amostra em estudo

A população do estudo diz respeito aos “*grupos mais restritos que podem ser realmente acedidos*” (p.8;31). Assim, a população a que este estudo é aplicável corresponde a todos os profissionais de saúde - médicos e enfermeiros do CHULC - a trabalhar nos serviços de internamento.

Na impossibilidade de aceder a todos os indivíduos que constituem a população do estudo, dada a limitação de tempo e de recursos, selecionou-se uma amostra que corresponde a uma parte dos casos que constitui a população do estudo ⁶⁶.

De modo a considerar e incluir uma amostra representativa da população em estudo, procedeu-se ao cálculo da amostra que fosse generalizável. Nesta medida, a amostra utilizada para este estudo considera os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) presentes e disponíveis para responder ao questionário no momento da sua aplicação. Assim, trata-se de uma amostra não probabilística, por conveniência, na medida em que a probabilidade de um determinado indivíduo pertencer à amostra não é igual entre todos os elementos³².

A principal desvantagem da utilização deste método de amostragem está relacionada com o facto de que os resultados obtidos poderão não ser representativos da população em estudo. Porém, face às outras metodologias de seleção de amostras, esta metodologia poderá requerer menos tempo e menos recursos (custos)³²⁶⁶.

Para o cálculo da amostra (n) necessária para a obtenção de um nível de confiança de 95%, utilizou-se a fórmula $n = 1,96^2 P (1-P) / E^2$ para a qual 1,96 é o valor da distribuição normal padrão para o nível de confiança de 95% ($\alpha = 0.05$), P é a proporção esperada que se assume de 50% (por defeito, tendo em conta que não se conhece o número exato de indivíduos que constituirão a população em estudo) e representa o erro ideal para a estimativa amostral que se assume ser de 0,05 (5%) ⁶⁵. Assim sendo, pretendeu-se atingir $n=384$ indivíduos.

4.4. Critérios de inclusão e exclusão na amostra

O instrumento de recolha de dados utilizado foi aplicado aos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) alocados apenas aos serviços de internamento do CHULC.

Os critérios de inclusão e exclusão na amostra para o estudo foram definidos *a priori*. Consideraram-se incluídos no estudo todos os médicos e enfermeiros que trabalhassem nos serviços de internamento do CHULC, independentemente do seu vínculo de

trabalho e carga horária, que se mostrassem disponíveis para responder ao questionário de forma coerente, responsável e informada, assinando o Consentimento Informado integrante do questionário distribuído.

Como critérios de exclusão consideraram-se todos os médicos e enfermeiros que não estivessem disponíveis para responder às perguntas do questionário que faz parte do presente estudo. Do mesmo modo, não se considerou válido qualquer questionário que apresentasse falhas nas suas respostas, nomeadamente respostas em falta.

4.5. Instrumento de recolha de dados

Tendo em conta que não existia um questionário que, do ponto de vista do investigador, se moldasse à investigação pretendida, traduzido para português e validado em Portugal, optou-se por conjugar dois questionários pré-existentes. Foram também incluídas questões de cariz sociodemográfico de forma a realizar a caracterização da amostra.

Relativamente ao questionário do Comprometimento Organizacional, este tem por base a escala de Meyer e Allen de 1997, tendo já sido aplicado múltiplas vezes, quer em contextos internacionais empresariais diversos^{8,19} quer em Portugal^{15,33}. Foi também validado para o contexto nacional¹⁴ e aplicado em instituições de saúde quer internacionalmente^{24,67-69}, quer em Portugal^{21,70}.

No que diz respeito ao questionário que pretende medir o grau de comprometimento com os objetivos e indicadores por parte dos profissionais de saúde incluídos na amostra, e dado que não foi encontrado na bibliografia consultada questionário que melhor traduzisse os objetivos do investigador, optou-se por fazer a tradução do questionário e incluir, neste estudo, um contributo para a validação para o contexto português deste mesmo questionário².

Assim, foi inicialmente solicitada a autorização via *email*, para a utilização do questionário ao seu principal autor, Howard J. Klein, da *Ohio State University*). Tendo a resposta sido positiva, procedeu-se à tradução do questionário original (em inglês) utilizando o método tradução-retroversão⁶⁶, mantendo a escala de *Likert* de 7 pontos, semelhante àquela usada no questionário de comprometimento organizacional.

O método tradução-retroversão tem como finalidade traduzir e adaptar o questionário de forma a testar a tradução realizada⁷¹. De acordo com a literatura consultada, podem colocar-se quatro problemas aquando da tradução de um questionário⁶⁶: o problema da polissemia, o problema de versões diferentes da mesma língua e o problema da linguagem idiomática e da linguagem coloquial.

De forma a ultrapassar estes problemas foram realizados os procedimentos descritos pela literatura para a correta tradução e retroversão do questionário.

Assim, inicialmente foi traduzido o questionário na sua versão original em inglês para português por três tradutores independentes. Seguidamente essas traduções foram comparadas de forma a identificar as diferenças que pudessem emergir entre elas para apurar quais as palavras e expressões que melhor se adaptavam ao contexto desta investigação e à complexidade da mesma^{71,72}. A versão de consenso e final, emergente da tradução e retroversão do questionário original, foi a usada na aplicação do pré-teste realizado.

Releva-se que a ACP da escala original composta pelos cinco itens² obteve resultados de 49% de variância explicada e valor de Alpha de Cronbach de 0.743.

Em ambos os questionários, as respostas são dadas numa escala de tipo *Likert* de sete pontos que varia de (1) - “Discordo Totalmente” a (7) - “Concordo Totalmente”.

Seguidamente, e tendo em conta os objetivos do estudo, questionou-se qual a Área funcional a que os inquiridos pertenciam. Para minimizar possíveis dúvidas a este respeito, apresentou-se no Anexo I do questionário todas as Áreas que integram o CHULC e respetivos serviços a que pertencem. Posteriormente verificou-se se, efetivamente, os respondentes estariam familiarizados com os indicadores e se teriam sido envolvidos na definição dos indicadores chave correspondentes à sua Área. De novo, para dar a conhecer os indicadores a que nos referíamos, estes foram apresentados no Anexo II ao questionário, separando-os por Áreas e respetivos indicadores-chave.

Os indicadores apresentados aos respondentes correspondem àqueles presentes nas cartas de compromisso assinadas entre o Conselho de Administração e as respetivas Áreas. Foram incluídos apenas os KPI, descritos como indicadores-chave e, de entre estes, foram selecionados apenas aqueles com meta definida, eliminando aqueles na qual a meta se encontrava em avaliação.

Em terceiro lugar, apresentou-se o questionário que pretendia medir o grau de compromisso com os indicadores atrás mencionados.

Por fim, na quarta parte do questionário, constam as perguntas sociodemográficas de modo a fazer a caracterização da amostra neste campo.

De forma a salvaguardar as questões éticas do estudo foi, adicionalmente ao questionário, incluída uma página inicial de Consentimento Informado dos respondentes.

Finalizado o questionário (questionário preliminar), foi necessário fazer o pedido de autorização da sua aplicação ao Conselho de Administração do CHULC e respetiva Comissão de Ética. As autorizações concedidas encontram-se no ANEXO III.

4.5.1. Pré-teste

O pré-teste foi realizado após finalização do questionário preliminar que agregava todas as partes acima descritas:

- Parte I – Comprometimento Organizacional
- Parte II – Indicadores-chave
- Parte III – Comprometimento com os objetivos/indicadores
- Parte IV – Caracterização Sociodemográfica

A técnica de aplicação do pré-teste deve ser realizada junto de pequenas amostras da população a inquirir, no sentido de proceder a uma verificação do questionário, corrigindo-se, se for esse o caso, eventuais dúvidas de interpretação colocadas pelos sujeitos. Tem como principal finalidade “*verificar a adequação das perguntas, e das escalas de resposta*”(p.76;66). Foram aplicados dez questionários preliminares no pré-teste.

Tal como sugere a bibliografia consultada^{66,71-73}, após o preenchimento dos questionários preliminares para o pré-teste, os respondentes foram convidados a apresentar dúvidas e problemas encontrados no preenchimento e à sugestão de melhorias ao questionário apresentado. Foram também questionados acerca da clareza das questões, adequação das respostas e da pertinência das perguntas colocadas, com o intuito de identificar, por um lado, más interpretações das questões e, por outro, dificuldades em responder ^{71,74}.

Para os inquiridos, foi consensual que o questionário não levantava dúvidas na altura da sua leitura e que a linguagem era clara e adequada à matéria em estudo e ao contexto em que se insere.

Após este passo para a validação do pré-teste, foram analisadas as respostas obtidas relativamente a perguntas sem resposta e à variação das respostas face à escala apresentada ⁶⁶. Tendo-se verificado que não existiram perguntas sem resposta e que as respostas dadas apresentavam variação entre elas (a gama de respostas não seria demasiado restrita), optou-se por aceitar o questionário preliminar como o questionário final, o qual se apresenta em ANEXO IV.

Foram inquiridos dez profissionais no pré-teste, o que corresponde a 3,5% da amostra total reunida na investigação.

4.5.2. Metodologia de recolha de dados

Para a entrega dos questionários, foram realizadas diversas deslocações a todas as unidades hospitalares integrantes do CHULC. Em cada serviço foi apresentado o estudo aos seus responsáveis. No caso da classe profissional dos enfermeiros foi apresentado o estudo aos responsáveis presentes na unidade, no momento da entrega dos questionários (Enfermeiros chefes ou Enfermeiros 2^{os} responsáveis). No caso dos médicos, foi solicitada uma reunião com o responsável (Diretor de Serviço) de forma a conseguir fazer a apresentação do estudo. Desta apresentação constava uma breve apresentação da investigadora, seguida da exposição do estudo em curso. Foram salientados os objetivos da investigação e a importância da participação dos profissionais, bem como o anonimato e a necessidade de preenchimento do Consentimento Informado. Tendo em conta o número de profissionais existentes em cada serviço, excluindo as possíveis ausências prolongadas, foram contemplados os profissionais em férias no momento da entrega, já que o prazo para recolha dos questionários preenchidos seria de um mês.

Foi selecionada uma pessoa responsável por serviço e deixados questionários a seu cargo para todos os profissionais. De forma a minimizar a possível ausência de respostas, foram feitos dois ou mais contactos intervalares com cada serviço e respetivos responsáveis para relembrar e incentivar o preenchimento dos questionários.

4.6. Variáveis em estudo

A definição das variáveis em estudo foi agrupada em três etapas. A primeira parte diz respeito à caracterização sociodemográfica (Tabela 3), a segunda referente ao compromisso organizacional e comprometimento com os objetivos e a terceira referente às Áreas de contratualização, bem como o envolvimento e conhecimento dos indivíduos para com os indicadores contratualizados.

Caraterização sociodemográfica	Género	Feminino; masculino
	Idade	Analisado em número absoluto (anos)
	Profissão	Médico; Enfermeiro
	Cargo de chefia	Sim; Não
	Tempo de exercício profissional	Analisado em número absoluto (anos)
	Nível de escolaridade	Licenciatura; Especialidade; Mestrado; Pós-graduação; Bacharelato; Doutoramento

Tabela 3-Variáveis para caraterização sociodemográfica

Na Tabela 4 são apresentadas as variáveis no que diz respeito ao comprometimento organizacional e ao comprometimento com os objetivos. As 19 afirmações da escala de comprometimento organizacional foram agrupadas em três variáveis, designadamente:

comprometimento afetivo, comprometimento calculativo e comprometimento normativo, conforme proposta dos autores^{1,29,30}. É ainda definida a variável *comprometimento organizacional global* que atribui um *score* médio de comprometimento com a organização com base na média calculada para as 19 afirmações²¹.

Segue-se a definição da variável *comprometimento com os objetivos* que mede o nível de comprometimento para com os indicadores, atribuídos pelos inquiridos.

Todas as afirmações que possuem a indicação “Reverse” (R) são inversamente formuladas (escritas de forma inversa) aquando do tratamento dos dados, de forma a facilitar a sua interpretação.

COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL	Comprometimento Afetivo	2. Não me sinto “emocionalmente ligado” a esta empresa (R); 6. Esta empresa tem um grande significado pessoal para mim; 7. Não me sinto como “fazendo parte da família” nesta empresa (R); 9. Na realidade sinto os problemas desta empresa como se fossem meus; 11. Ficaria muito feliz em passar o resto da minha carreira nesta empresa 15. Não me sinto como fazendo parte desta empresa (R)
	Comprometimento Calculativo	1. Acredito que há muito poucas alternativas para poder pensar em sair desta empresa; 3. Seria materialmente muito penalizador para mim, neste momento, desta empresa, mesmo que o pudesse fazer; 13. Uma das principais razões para eu continuar a trabalhar para esta empresa é que a saída iria requerer um considerável sacrifício pessoal, porque uma outra empresa poderá não cobrir a totalidade de benefícios que tenho aqui; 14. Neste momento, manter-me nesta empresa é tanto uma questão de necessidade material quanto de vontade pessoal; 16. Uma das consequências negativas para mim, se saísse desta empresa, resulta da escassez de alternativas de emprego que teria disponíveis; 17. Muito da minha vida iria ser afetada se decidisse querer sair desta empresa neste momento; 19. Como já dei tanto a esta empresa, não considero atualmente a possibilidade de trabalhar numa outra;
	Comprometimento Normativo	4. Eu não iria deixar esta empresa neste momento porque sinto que tenho uma obrigação pessoal para com as pessoas que trabalham aqui 5. Sinto que não tenho qualquer dever moral em permanecer na empresa onde estou atualmente. (R) 8. Mesmo que fosse uma vantagem para mim, sinto que não seria correto deixar esta empresa no presente momento. 12. Sentir-me-ia culpado se deixasse esta empresa agora. 10. Esta empresa merece a minha lealdade. 18. Sinto que tenho um grande dever para com esta empresa
	Comprometimento organizacional global	Atribuição de <i>score</i> único para as 19 afirmações.
COMPROMETIMENTO COM OBJETIVOS		1.É-me difícil levar estes objetivos a sério. (R) 2.Honestamente, não me importo de atingir estes objetivos, ou não. (R) 3.Estou seriamente comprometido em alcançar estes objetivos. 4.Não seria preciso muito para desconsiderar estes objetivos. (R) 5.Acho que estes são bons objetivos para tentar alcançar.

Tabela 4-Tipos de Comprometimento organizacional e de Comprometimento com os objetivos

No que diz respeito às diferentes Áreas que compreendem o CHULC, estas foram agrupadas em oito possíveis. Foram também contempladas as variáveis “conhecimento dos indicadores” e “envolvimento na definição dos indicadores”. Estes dados são apresentados na Tabela 5.

Áreas	1.Coração, Vasos e Tórax; 2. Cirurgia; 3. Hemato-Oncologia; 4. Especialidades Cirúrgicas; 5. Músculo-Esquelética; 6. Medicina; 7. Neurociências 8. Mulher, Criança e do Adolescente
Conhecimento dos indicadores	Está familiarizado com os indicadores-chave contratualizados internamente para a sua área?
Envolvimento na definição dos indicadores	Foi envolvido na definição dos indicadores/objetivos?

Tabela 5- Variáveis de Área, Conhecimento com os indicadores e Envolvimento na definição dos indicadores

4.7. Técnicas de análise estatística dos dados

A análise estatística dos resultados obtidos através da aplicação do questionário foi realizada através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 24. O nível de significância considerado para o estudo foi de 5%. Através deste *software* foi possível realizar a análise dos dados com recurso à estatística descritiva, à análise da consistência interna das escalas e à análise fatorial.

Adicionalmente foram utilizados os testes de homogeneidade e normalidade de *Levene* e *Kolmogorov-Smirnov (KS)*, respetivamente, para verificar os pressupostos necessários na utilização do teste *t-student* para duas amostras independentes e o teste de *Mann-Whitney*, como alternativa não paramétrica aos testes *t*, para amostras independentes^{32,66}.

De forma a encontrar a relação bivariada entre as variáveis categóricas foi ainda utilizado o teste de Qui Quadrado^{32,66}.

Em particular e de forma a dar resposta ao último dos objetivos específicos, designadamente, contribuir para o estudo da validação do questionário de comprometimento por objetivos, os testes realizados integram uma pequena parte dos procedimentos necessários de validação do construto do questionário, tal como refere a bibliografia⁷⁵. Assim, foi realizada a análise fatorial através da Análise de Componentes Principais (ACP), para além da análise da consistência interna e análise do teste de normalidade de KS acima descrito. A ACP integra um conjunto de testes estatísticos de análise fatorial confirmatória que pretende ir de encontro ao realizado pelos autores da escala². Pese embora a ACP seja uma parte integrante e necessariamente inerente à validação da escala² reitera-se a necessidade da realização de testes adicionais, nomeadamente em termos de análise fatorial exploratória e confirmatória de forma a garantir que os itens da escala medem verdadeiramente o que pretendem medir – validade da escala⁶⁶.

5. RESULTADOS

No presente capítulo apresentam-se os principais resultados obtidos através da investigação realizada. Integra a caracterização da amostra, pela análise da consistência interna das escalas. Seguidamente, é realizada a caracterização do comprometimento organizacional e do comprometimento com os objetivos, bem como analisado o conhecimento dos objetivos e envolvimento com os mesmos por parte dos inquiridos. É ainda feita a análise do comprometimento com os objetivos para os familiarizados com os indicadores, a análise do comprometimento com os objetivos para os envolvidos na definição dos indicadores e a análise da correlação do comprometimento organizacional com o comprometimento com os objetivos. Por último, e de forma a dar resposta ao objetivo específico que lhe corresponde, são explicitados os procedimentos realizados para a validação da escala de comprometimento com os objetivos.

5.1. Caracterização da amostra

Foram entregues 678 questionários dos quais 11 foram considerados inválidos por não reunirem os critérios de inclusão. Dos questionários entregues 360 não foram respondidos, o que corresponde a uma taxa de resposta de 45,3%.

A Tabela 6 apresenta os resultados no que diz respeito à da caracterização da amostra:

Variáveis		Amostra (n)	
		Frequência	% de n
Género			
Feminino		209	68,10
Masculino		98	31,90
Profissão			
Médico		57	18,57
Enfermeiro		250	81,43
Chefia			
Médico		8	14,04
Enfermeiro		23	9,20
Escolaridade			
Médico	Licenciatura	10	17,54
	Especialidade	19	33,33
	Pós-Graduação	2	3,50
	Mestrado	24	42,11
	Doutoramento	2	3,50
Enfermeiro	Licenciatura	174	69,60
	Especialidade	27	10,80
	Pós-Graduação	7	2,80
	Mestrado	37	14,80
	Doutoramento	2	0,80
	Bacharelato	3	1,20

Tabela 6-Caraterização da amostra em estudo

Através da análise dos questionários válidos recolhidos, pode verificar-se que 68,1% dos inquiridos são do género feminino e 31,9% do género masculino. De entre a amostra total de 307 inquiridos, 18,6% são médicos e 81,4%, enfermeiros. Dos 57 médicos inquiridos, 8 deles ocupam posições de chefia, o que corresponde a 14,04% do grupo de médicos. Quanto aos enfermeiros, 23 inquiridos dizem ocupar algum tipo de cargo de chefia, o que corresponde a 9,2% do grupo de enfermeiros. No total da amostra, 10,10% ocupa algum tipo de cargo de chefia.

Em termos de escolaridade, verifica-se que 33,33% dos médicos inquiridos são especialistas e 3,5 são doutorados. Na classe de enfermagem, 69,6% são licenciados e 0,8% têm um doutoramento.

Na tabela 7 apresentam-se os resultados no que à média de idades e de tempo de exercício profissional diz respeito.

Variáveis	Média	Desvio padrão
Média de idade (anos)		
Médico	41,32	12,70
Enfermeiro	36,79	9,40
Total	37,63	10,22
Média de tempo de Exercício Profissional (em anos)		
Médico	15,29	12,17
Enfermeiro	13,64	9,50
Total	13,94	10,05

Tabela 7-média de idade dos profissionais e de tempo de exercício profissional

Pode observar-se que a média de idades dos médicos é de 41,3 anos e que esta classe profissional tem uma média de 15,3 anos de exercício profissional.

Quanto à classe de enfermagem, a média de idades destes profissionais na amostra é de 36,8 anos e que estes têm cerca de 13,6 anos de tempo de serviço.

Globalmente, a média de idades dos respondentes situa-se nos 37,5 anos e 13,9 é a média de anos de exercício profissional dos inquiridos.

No que concerne à frequência das respostas obtidas quando analisadas por Áreas, foram obtidos os resultados apresentados na Tabela 8.

Áreas	Fr	% de N	Profissão				% de N	Chefia	Chefia				% de N
			Médicos	% de N _{méd}	Enfermeiros	% de N _{enf}			Médicos	% de N _{méd}	Enfermeiros	% de N _{enf}	
Mulher, Criança e Adolescente	9	2,93	3	5,26	6	2,40	2,93	5	1	12,50	4	17,39	16,13
Neurociências	44	14,33	9	15,79	35	14,00	14,33	8	2	25,00	6	26,09	25,81
Medicina	60	19,54	14	24,56	46	18,40	19,54	2	1	12,50	1	4,35	6,45
Musculo-Esquelética	36	11,72	11	19,30	25	10,00	11,73	3	3	37,50	0	0	9,68
Especialidades Cirúrgicas	20	6,51	6	10,53	14	5,60	6,51	3	0	0	3	13,04	9,68
Hemato-Oncologia	28	9,12	0	0	28	11,20	9,12	1	0	0	1	4,35	3,23
Cirurgia	70	22,8	9	15,79	61	24,40	22,80	7	1	12,50	6	26,09	22,59
Coração, Vasos e Tórax	40	13,02	5	8,77	35	14,00	13,03	2	0	0	2	8,70	6,45
Total	307	100	57	100	250	100	100	31	8	100	23	100	100

Tabela 8-Frequência (Fr) de respostas e respetiva percentagem por Área e por classe profissional

Através da tabela acima verifica-se que a Área de Cirurgia foi aquela que mais contribuiu para a constituição da amostra com cerca de 22,8%, a Área da Medicina com 19,5% seguida da Área da Medicina (19,5%) e das Neurociências com 14,3%. Por sua vez, a Área da Mulher, Criança e Adolescente contribui apenas com 2,9% para a amostra deste estudo.

Relativamente à amostra de médicos, 24,6% pertence à Área da medicina e Área da Hemato-Oncologia não inclui médicos na sua amostra.

No que diz respeito à amostra da classe profissional de enfermagem, esta representa 24,4% na Área de Cirurgia e 2,4 na Área da Mulher, Criança e Adolescente.

Face à amostra total, a Área da cirurgia representa 22,8% e a Área da Mulher Criança e Adolescente representa 2,9%.

Quanto ao exercício de chefia, a Área Músculo-esquelética é a que tem mais chefias da classe médica inquiridas, com 37,5%. Não integram a amostra quaisquer chefias médicas das Áreas de Especialidades cirúrgicas, Hemato-Oncologia e Coração, Vasos e Tórax.

No que diz respeito à classe de enfermagem, a Área de Neurociências e a Área de Cirurgia, contribuem cada uma com 26,1% para a amostra das chefias nesta classe.

A amostra da Área musculo-esquelética não integra qualquer chefia de enfermagem.

Face à amostra total, a Área das neurociências compreende 25,8% de chefias e a Área de cirurgia 22,6%. A Área de Hemato-Oncologia é aquela que menos chefia inclui, com apenas 3,2%.

5.2. Análise da consistência interna das escalas

De forma a analisar a consistência interna das escalas utilizadas no presente estudo, foi calculado o *Alpha de Cronbach* tanto para a escala relativa ao comprometimento com os objetivos (às suas três subescalas), como para a escala do comprometimento com os objetivos. Os resultados obtidos são expostos na tabela 9:

	Dimensões	Cronbach's Alpha
Comprometimento Organizacional	Comprometimento Afetivo	0,824
	Comprometimento Calculativo	0,725
	Comprometimento Normativo	0,859
	Comprometimento organizacional global	0,883
Comprometimento com objetivos		0,815

Tabela 9- *Alpha de Cronbach* por escala de Comprometimento

Da análise aos valores obtidos pode observar-se que o valor mais baixo de consistência interna se verifica na subescala de comprometimento organizacional relativa ao comprometimento calculativo.

No entanto, todos os valores obtidos traduzem bons resultados de consistência interna das escalas utilizadas (>72%).

5.3. Caracterização do comprometimento organizacional dos profissionais de saúde

As dezanove afirmações que constituem a escala de comprometimento organizacional foram agregadas nas suas três componentes, gerando três novas variáveis, designadamente: “comprometimento afetivo”, “comprometimento calculativo” e “comprometimento normativo”. Para cada uma destas novas variáveis foi apurado o seu valor médio que traduz o nível de comprometimento afetivo, calculativo e normativo dos indivíduos. Foi ainda calculado o valor de comprometimento global para com a organização. Os valores obtidos encontram-se refletidos na Tabela 10.

Comprometimento organizacional	Média	Desvio padrão
Afetivo	4,55	1,29
Calculativo	3,47	1,11
Normativo	3,55	1,44
Global	3,84	1,03

Tabela 10-Valor medio de comprometimento organizacional global e as suas três componentes

Os valores apurados permitem afirmar que o nível de comprometimento afetivo entre os indivíduos é aquele que se afigura o maior, correspondendo a 4,5 pontos. O nível de comprometimento normativo da amostra situa-se nos 3,6 pontos e o comprometimento calculativo apurado é de 3,5 pontos.

O comprometimento global dos inquiridos para com a instituição é de 3,8 pontos.

Em termos de distribuição média das respostas por Área, verifica-se que o comprometimento afetivo é aquele que mais está presente em todas as Áreas e que o mesmo tem o seu maior valor médio máximo (5,87) para a Área da Mulher, Criança e Adolescente. É também notório o valor médio mais elevado de comprometimento normativo (5,33) para esta mesma Área. Por outro lado, a Área de Medicina apresenta o menor valor de comprometimento afetivo (4,27), menor nível de comprometimento calculativo (3,01) e menor comprometimento normativo (3,07).

Estes valores são apresentados no Gráfico 1.

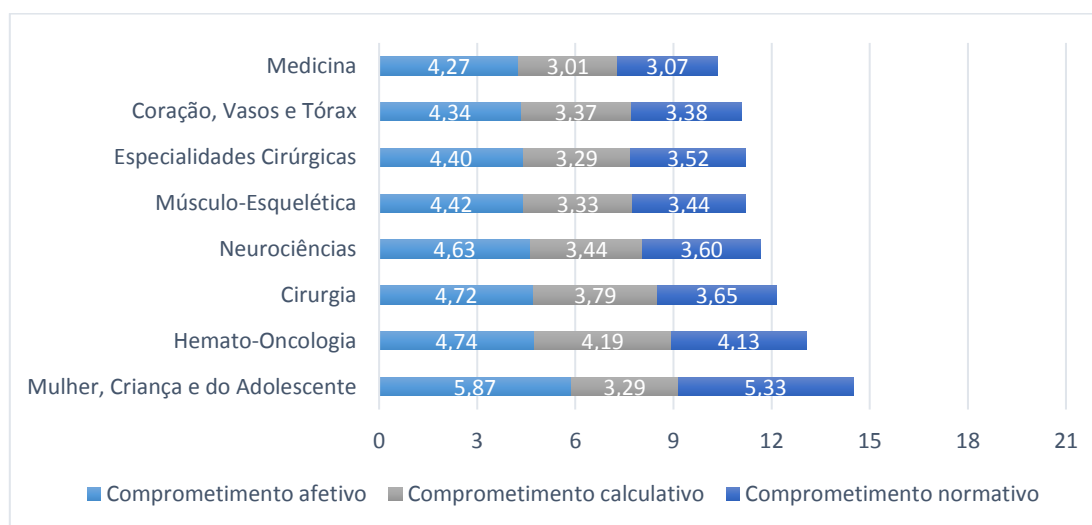


Gráfico 1- Grau médio das componentes de Comprometimento Organizacional pelas diferentes Áreas

Em termos de classes profissionais, verifica-se que o comprometimento afetivo e normativo é maior na classe médica, com 4,8 pontos e 3,78 pontos, respetivamente. O comprometimento calculativo é maior na classe de enfermagem (3,6 pontos). Globalmente, o comprometimento organizacional é maior na classe de enfermagem (3,85 pontos). Estes resultados podem observar-se no Gráfico 2.

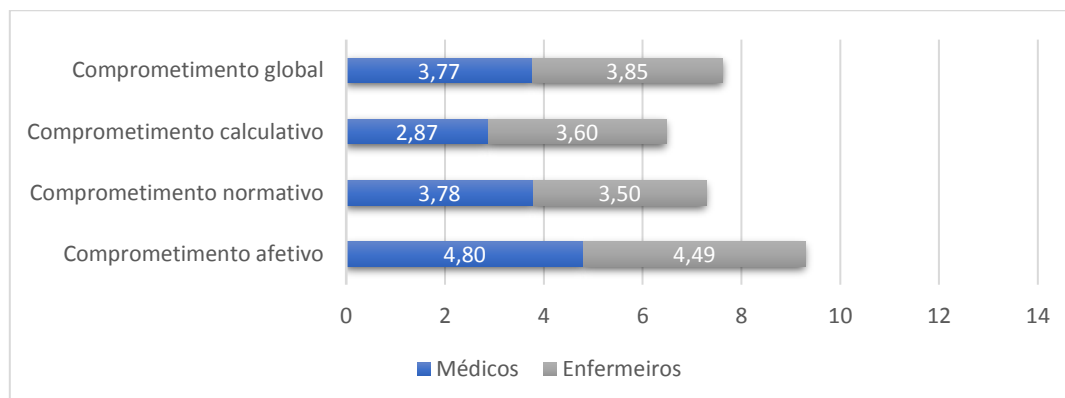


Gráfico 2-Comprometimento Organizacional global e suas componentes, por classe profissional

Quanto ao grupo das chefias inquiridas, verifica-se que o *score* de comprometimento afetivo neste grupo é de 5,43 face a 4,45 pontos para os inquiridos que não são chefias. O comprometimento calculativo para o grupo das chefias inquiridas é de 3,58 pontos e para o grupo dos inquiridos não chefias é de 3,46. Relativamente ao comprometimento normativo nas chefias, este é de 4,5 pontos face a 3,45 pontos para o grupo das não chefias.

O comprometimento organizacional global nos chefes é de 4,45 pontos.

Estes dados são apresentados no Gráfico 3.

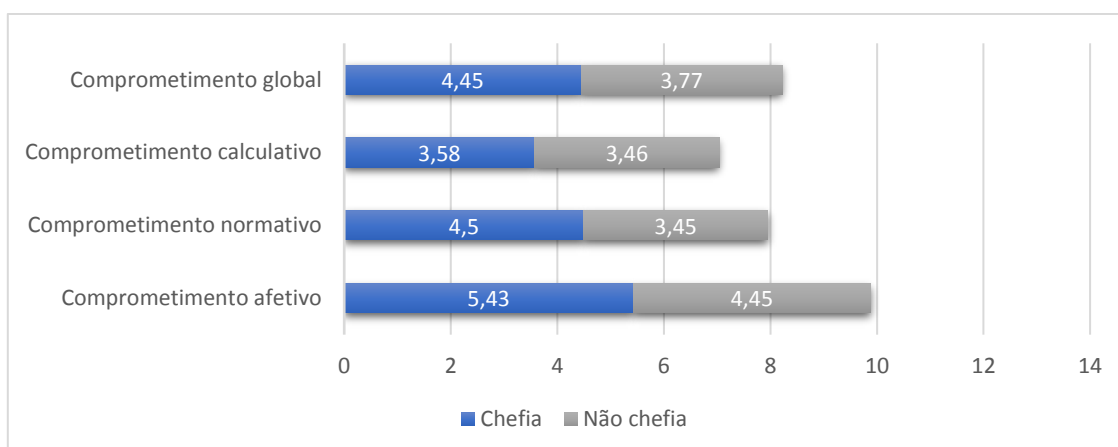


Gráfico 3-Comprometimento organizacional e suas componentes entre o grupo "chefia" vs grupo "não chefia"

5.4. Caraterização do Comprometimento com objetivos

O comprometimento com os objetivos apresenta, na amostra em estudo, um nível médio de 4,8 pontos.

No que concerne ao nível de comprometimento médio com os objetivos quando analisado por Áreas, verifica-se que a Área da Mulher, Criança e Adolescente apresenta o maior nível de comprometimento com os objetivos traçados para esta Área (5,6 pontos), seguida da Área da Hemato-Oncologia com cerca de 5,3 pontos. Inversamente, a Área das especialidades cirúrgicas é aquela com menor nível de comprometimento para com os seus objetivos, com 4,2 pontos.

Observa-se o facto de todas as Áreas apresentarem média de comprometimento com objetivos acima dos 4 pontos, num total de 7 pontos da escala de *Lickert*.

Estes dados são encontrados representados no Gráfico 4.

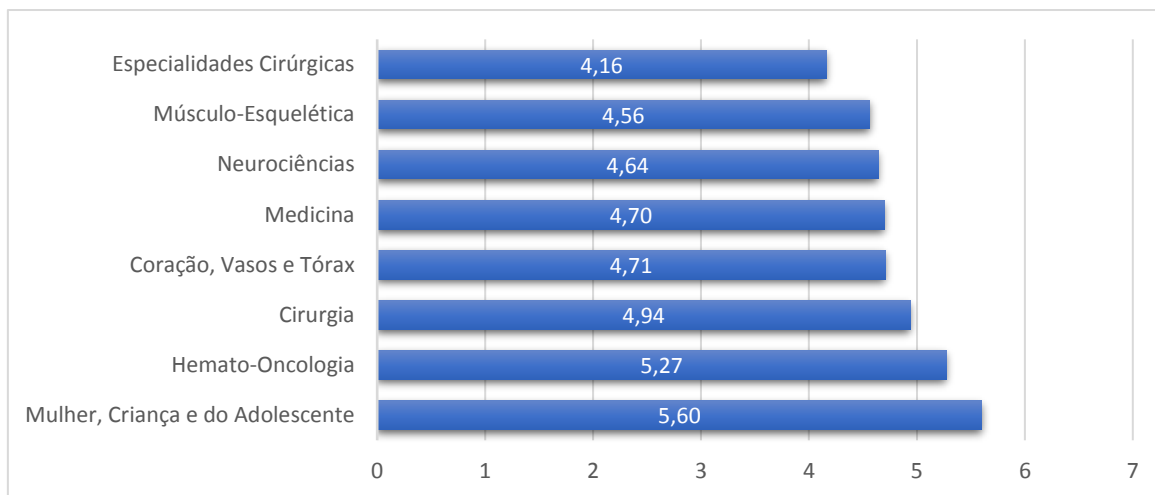


Gráfico 4-Nível de comprometimento médio com os objetivos entre Áreas

No que diz respeito à análise da amostra por classe profissional face ao comprometimento com os objetivos, os resultados obtidos encontram-se apresentados no Gráfico 5. Através da análise do gráfico pode constatar-se que o *score* médio de comprometimento com os objetivos é maior para a classe de Enfermagem (4,81 pontos), quando comparada com a classe médica (4,63 pontos).

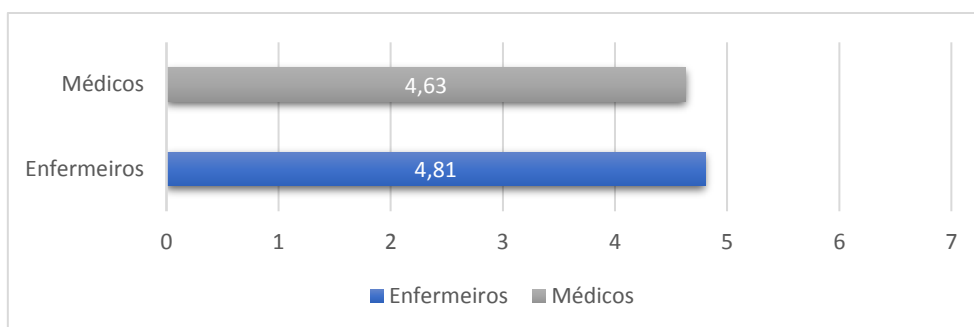


Gráfico 5- Nível médio de comprometimento com os objetivos por classe profissional

Relativamente ao grupo dos inquiridos que são chefias verifica-se que o comprometimento nestes é superior (5,15 pontos), face ao grupo dos inquiridos que não são chefes (4,73 pontos). Estes dados podem verificar-se no Gráfico 6.

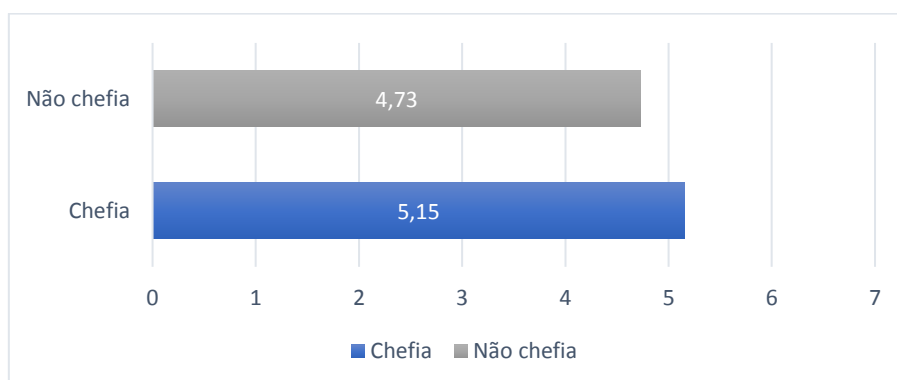


Gráfico 6-Comprometimento com os objetivos entre o grupo de chefias inquiridas

5.5. Conhecimento dos indicadores pelos profissionais de saúde

Os resultados obtidos através da análise da amostra em estudo no que diz respeito ao conhecimento dos indicadores por parte dos inquiridos e ao seu envolvimento na sua definição encontram-se espelhados na Tabela 11.

Face à amostra dos 307 indivíduos, os resultados obtidos permitem afirmar que 164 dos indivíduos inquiridos não se encontram familiarizados com os indicadores apresentados, correspondendo a cerca de 53% da amostra. Por outro lado, 47% dos indivíduos referem ter conhecimento dos indicadores apresentados para o presente estudo (143 inquiridos).

Conhecimento dos indicadores contratualizados	N	% de N
Sim	143	46,58
Não	164	53,42

Tabela 11-Número de indivíduos com conhecimento e sem conhecimento dos indicadores contratualizados

No que diz respeito à distribuição do grupo de inquiridos “com conhecimento” e “sem conhecimento” face às Áreas em estudo (Gráfico 7), pode observar-se que a Área que apresenta maior percentagem de indivíduos familiarizados com os indicadores é a da Mulher, Criança e Adolescente (88,9%). Por outro lado, a Área Músculo-Esquelética é aquela cujos inquiridos afirmam não conhecer os indicadores apresentados (69,4%).

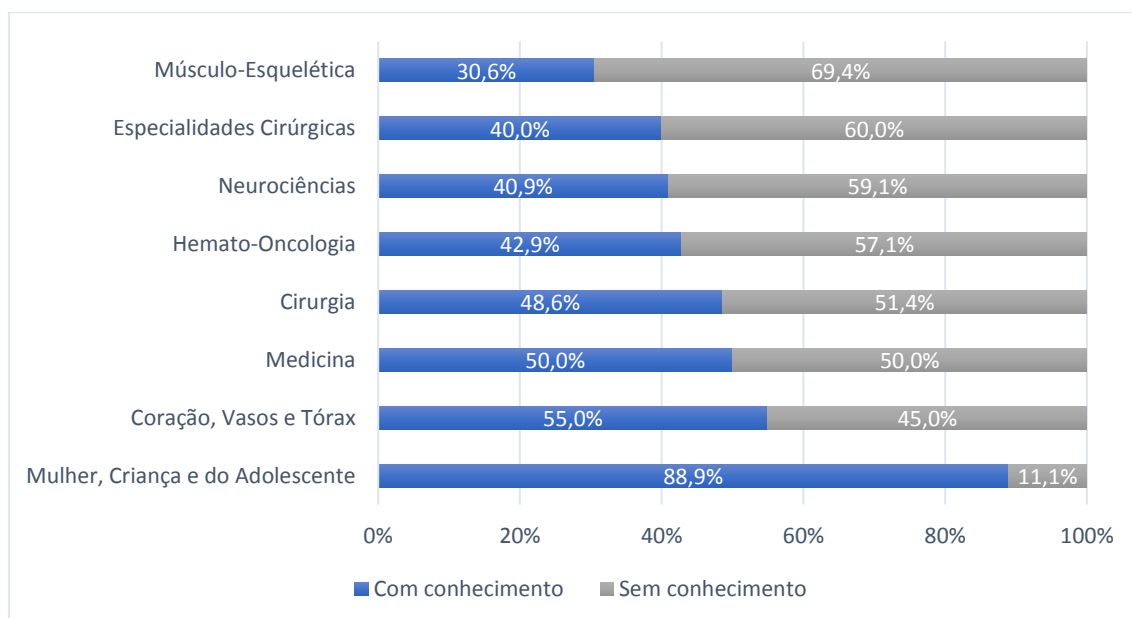


Gráfico 7- Percentagem de inquiridos com e sem conhecimento dos indicadores-chave, por Área

No que diz respeito à análise do conhecimento dos indicadores por classe profissional, os resultados obtidos encontram-se espelhados no Gráfico 8. Pode observar-se que ambas as classes de enfermagem e médica afirmam, na sua maioria, não conhecer os

indicadores-chave apresentados, para as suas Áreas, com 51,2% e 63,2%, respetivamente.

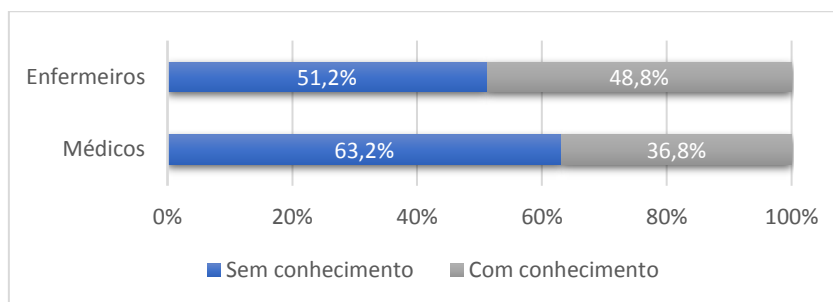


Gráfico 8-Conhecimento dos indicadores contratualizados por classe profissional

Relativamente ao grupo de inquiridos chefes, os resultados apontam para que cerca de 58% tenha conhecimento dos indicadores contratualizados internamente entre a sua Área e o CA. Estes resultados são apresentados no Gráfico 9.

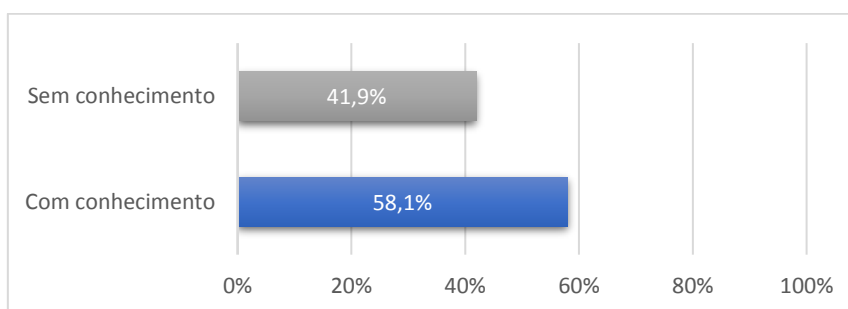


Gráfico 9-% de inquiridos chefes com e sem conhecimento dos indicadores

5.5.1. Análise do comprometimento com os objetivos e seu conhecimento, pelos profissionais de saúde

Seguidamente, foi analisada a forma pela qual o comprometimento com os objetivos é influenciado pela familiaridade dos indivíduos com os indicadores.

Para a prossecução desta análise, aplicou-se o teste *t-student* para duas amostras independentes. Para a aplicação deste teste terão de estar reunidos dois pressupostos na amostra. Primeiramente, terá de se verificar a homogeneidade de variância e, de seguida, a amostra terá de seguir uma distribuição normal.

Para a verificação do primeiro pressuposto, utilizou-se o teste de *Levene*, que permite testar se as variâncias dos dois grupos são homogéneas. Segundo este teste, foi obtido um nível de *sig.*=0.014 ($\alpha < 0.05$), concluindo-se que as variâncias dos dois grupos diferem significativamente entre si (ANEXO V).

Seguidamente, foi usado o teste de *KS* por forma a saber se a amostra segue distribuição normal, o que não se verificou dado que o nível de significância obtido foi

$<0,05$ ($sig.=0.000$) (ANEXO V). Tendo em conta o referido, pode afirmar-se que existe a violação de ambos os pressupostos, pelo que os testes a usar serão não paramétricos.

O teste não paramétrico a usar é de *Mann-Whitney*, segundo o qual se obteve um nível de $sig. =0.000$ ($\alpha<0.05$). Assim, existe diferença estatisticamente significativa entre os profissionais “com conhecimento” e os profissionais “sem conhecimento” dos indicadores-chave contratualizados internamente para a sua Área.

Tendo em conta as médias dos grupos familiarizados e não familiarizados, observa-se que existe um maior comprometimento com os objetivos contratualizados por parte do grupo familiarizado com os objetivos (Tabela 12).

Comprometimento global com os objetivos			
Conhecimento dos indicadores	Média	Desvio padrão	N
Sim	5,2252	1,13631	143
Não	4,3793	1,01851	164
Total	4,7733	1,15343	307

Tabela 12-Comparação entre o grupo “com conhecimento” e “sem conhecimento” dos indicadores vs. comprometimento com os objetivos- Teste de Mann-Whitney

5.5.2. Análise da relação entre o conhecimento dos indicadores e o grupo “chefias”

De forma a encontrar a relação bivariada entre as variáveis categóricas “conhecimento dos indicadores” e o grupo das “chefias” foi utilizado o teste de Qui Quadrado (ANEXO V). Este teste permitiu obter os resultados apresentados na Tabela 13.

		Exerce cargo de chefia?			Total
			Sim	Não	
“Está familiarizado com os indicadores chave contratualizados internamente para a sua área?”	Sim	N	18	125	143
		% de N	58,1%	45,3%	46,6%
	Não	N	13	151	164
		% de N	41,9%	54,7%	53,4%
Total	N	31	276		307
		100%	100%		100%

Tabela 13-Estatística bivariada “Chefias” vs. “Conhecimento” - Teste de Qui-Quadrado

Os resultados obtidos traduzem um $sig.=0,123$ ($\alpha>0,05$). Logo, não há diferença estatística significativa entre os grupos.

Assim, os grupos têm o mesmo comportamento e, conseqüentemente, o nível de conhecimento dos indicadores é igual entre o grupo das “chefias” e das “não chefias”.

5.6. Envolvimento na definição de objetivos pelos profissionais de saúde

No que diz respeito aos indivíduos que foram envolvidos na definição dos indicadores para a sua Área, os dados obtidos permitem dizer que 55 dos inquiridos referem ter sido envolvidos na sua definição (17,9%). De forma oposta, 252 indivíduos afirmam não ter sido envolvido na definição dos objetivos, o que corresponde a 82,1% da amostra. Tal pode ser observado na Tabela 14.

Envolvimento na definição de objetivos	N	% de N
Sim	55	17,92
Não	252	82,08

Tabela 14- Número de indivíduos "envolvidos " e "não envolvidos" na definição dos objetivos

Em relação à distribuição da percentagem de inquiridos que dizem ter sido “envolvidos” e “não envolvidos” na definição dos indicadores mediante a Área que integram, pode observar-se através dos resultados obtidos que, uma vez mais, a Área da Mulher, Criança e Adolescente é aquela que apresenta maior número de profissionais de saúde envolvidos na definição dos indicadores. Contrariamente, para a Área de Cirurgia apenas 10% dos inquiridos refere ter sido envolvido na definição dos objetivos. Estes dados poderão ser observados no Gráfico 10.

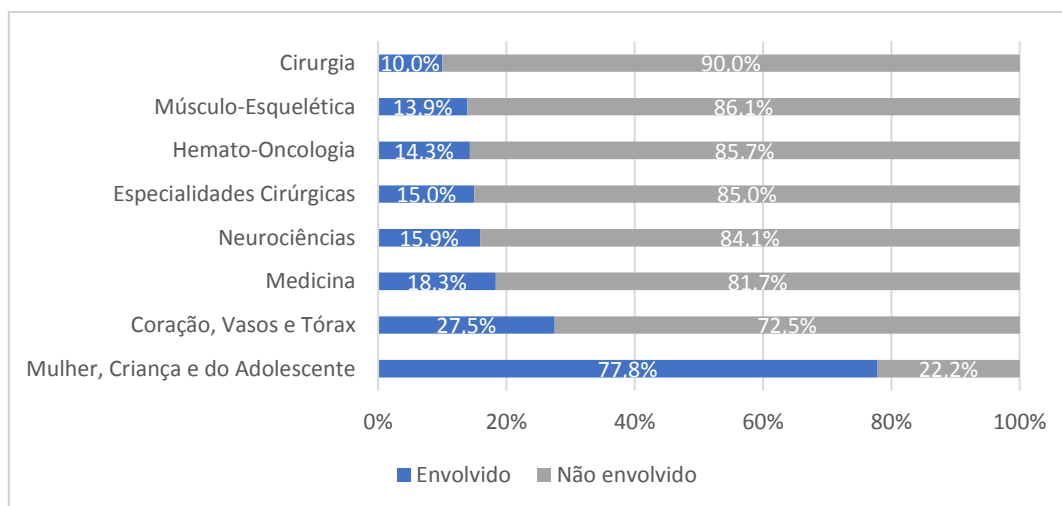


Gráfico 10- %de inquiridos envolvidos e não envolvidos para cada Área

Em relação ao envolvimento na definição dos indicadores por classe profissional, através da análise dos dados, verifica-se que tanto os médicos como os enfermeiros referem não ter sido envolvidos na definição dos indicadores com, respetivamente, 80,7% e 82,4% dos inquiridos. Estes dados são apresentados no Gráfico 11.

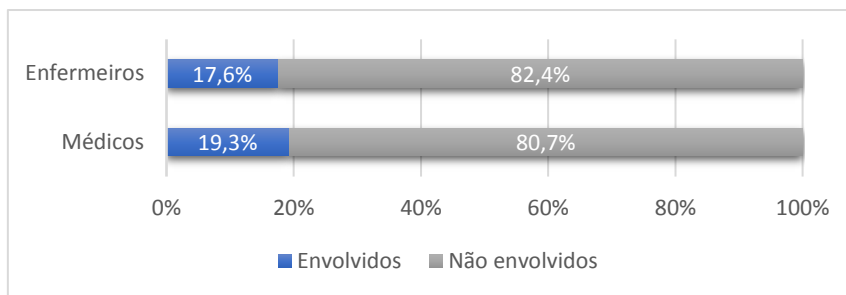


Gráfico 11- Envioimento na definição dos indicadores contratualizados por classe profissional

Quanto à análise por grupo das chefias, verifica-se que 61,3% dos chefes inquiridos refere não ter sido envolvido na definição dos indicadores contratualizados internamente com o CA. Estes dados podem ser observados no Gráfico12.

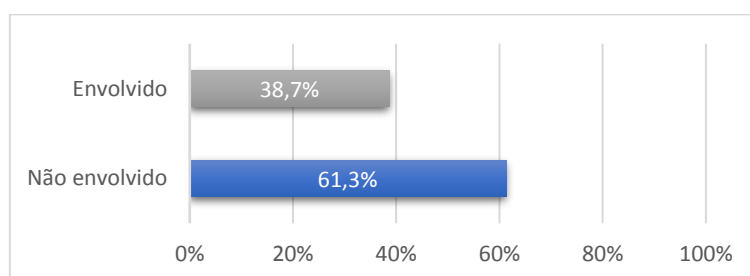


Gráfico 12-Envioimento na definição dos indicadores no grupo das chefias

5.6.1. Análise do comprometimento com os objetivos e envolvimento na sua definição, pelos profissionais de saúde

No que diz respeito à relação existente entre o envolvimento dos profissionais com o comprometimento com os objetivos e tendo em conta que a variável “comprometimento com os objetivos” não segue distribuição normal (já comprovado no ponto anterior), foi também realizado o teste *Mann-Whitney*.

Este teste permitiu obter nível de $sig.=0.000$ ($\alpha<0.05$) (ANEXO VI), o que permite novamente demonstrar que existe diferença estatisticamente significativa entre o grupo dos indivíduos “envolvidos” e dos “não envolvidos” na definição dos indicadores em apreço no presente estudo.

Tendo em conta as médias dos grupos “envolvidos” e “não envolvidos”, apresentadas na Tabela 15, *infra*, pode concluir-se que existe um maior comprometimento com os objetivos contratualizados por parte do grupo envolvido.

Comprometimento global com os objetivos			
Envolvimento na definição de objetivos/indicadores	Média	Desvio Padrão	N
Sim	5,35	1,08	55
Não	4,65	1,13	252
Total	4,78	1,15	307

Tabela 15- comparação entre o grupo de envolvidos e não envolvidos na definição dos indicadores VS comprometimento com os objetivos- Teste de Mann-Whitney

5.6.2. Análise do envolvimento na definição de indicadores e o grupo das “chefias”

De forma a encontrar a relação bivariada entre as variáveis categóricas “envolvimento com os indicadores” e o grupo das “chefias” foi novamente utilizado o teste de Qui Quadrado. Este teste permitiu obter os resultados apresentado na Tabela 16.

			Exerce cargo de chefia?		Total
			Sim	Não	
“Foi envolvido na definição dos indicadores/objetivos?”	Sim	N	12	43	55
		% de N	38,7%	15,6%	17,9%
	Não	N	19	233	252
		% de N	61,3%	84,4%	82,1%
Total		N	31	276	307
		% de N	100%	100%	100%

Tabela 16-Estatística bivariada “Chefia” VS “Envolvimento” - Teste de Qui-Quadrado

Os resultados obtidos traduzem um $\text{sig.}=0,003$ ($\alpha<0,05$). Logo, existe diferença estatisticamente significativa entre os grupos avaliados (ANEXO VI). Este facto permite afirmar que existe uma associação entre as variáveis e que, por isso, o grupo das “chefias” apresenta maior envolvimento na definição dos indicadores contratualizados internamente.

5.7. Análise da correlação do comprometimento organizacional com o comprometimento com os objetivos

De forma a dar resposta à relação existente entre o comprometimento organizacional e o comprometimento com os objetivos, foram realizadas correlações de *Spearman*, pois, tendo em conta que a amostra não segue distribuição normal, usam-se correlações não paramétricas. Dos resultados obtidos pode concluir-se que as três dimensões do comprometimento organizacional se relacionam positivamente umas com as outras e, quando correlacionadas com o comprometimento com os objetivos, verifica-se que a

variável “comprometimento afetivo” é a que apresenta maior coeficiente de correlação (0,461). Estes dados são apresentados na Tabela 17.

			Comprometimento afetivo	Comprometimento calculativo	Comprometimento normativo	Comprometimento global com os objetivos
Spearman's rho	Comprometimento afetivo	Correlation Coefficient	1,000	,235**	,722**	,461**
		Sig. (2-tailed)		<0.001	<0.001	<0.001
		N	307	307	307	307
	Comprometimento calculativo	Correlation Coefficient	,235**	1,000	,407**	,170**
		Sig. (2-tailed)	<0.001		<0.001	0,003
		N	307	307	307	307
	Comprometimento normativo	Correlation Coefficient	,722**	,407**	1,000	,440**
		Sig. (2-tailed)	<0.001	<0.001		<0.001
		N	307	307	307	307
	Comprometimento global com os objetivos	Correlation Coefficient	,461**	,170**	,440**	1,000
		Sig. (2-tailed)	<0.001	0,003	<0.001	
		N	307	307	307	307
		Sig. (2-tailed)	0,743	0,742	0,020	0,704
		N	307	307	307	307

Tabela 17- Correlações comprometimento organizacional e comprometimento com os objetivos- Coeficiente de Spearman**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed); *. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

5.8. Contributo para a validação da escala de comprometimento com os objetivos

De forma a dar resposta ao objetivo específico desta investigação que diz respeito a uma possível contribuição deste trabalho para a validação da escala de comprometimento com os objetivos, foram realizados três dos testes estatísticos complementares possíveis. Assim, foi efetuada a Análise de Componentes Principais, para além da análise da consistência interna da escala já apresentada na Tabela 2.

No que diz respeito à ACP para a escala do comprometimento com os objetivos, esta análise permitiu verificar que esta escala é constituída por um só fator que explica 57,7% da variância - Tabela 18. Assim, os cinco itens da escala utilizada no questionário aplicado, medem o mesmo construto, designadamente, o comprometimento com os objetivos.

Componente	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2,887	57,746	57,746	2,887	57,746	57,746
2	0,792	15,841	73,587			
3	0,58	11,591	85,178			
4	0,451	9,013	94,191			
5	0,29	5,809	100			

Tabela 18-Análise de Componentes Principais para a escala de Comprometimento com os Objetivos

6. DISCUSSÃO

Neste capítulo é discutida a metodologia utilizada bem como os resultados obtidos, fundamentando-os à luz da teoria encontrada na bibliografia consultada e enquadrando-os nos objetivos específicos a que procuraram dar resposta. Adicionalmente, discutem-se as reais limitações inerentes ao estudo e apontam-se algumas sugestões para investigações futuras.

Por último, são apresentadas as principais implicações para a gestão e administração das organizações de saúde.

6.1. Discussão metodológica

A amostra deste estudo foi delimitada a médicos e enfermeiros em funções em serviços de internamento do CHULC, com a perspectiva de estudar o seu nível de comprometimento organizacional e com os indicadores contratualizados internamente, entre as Áreas e o conselho de administração. Foram excluídos médicos e enfermeiros a trabalhar em serviços de urgência, blocos operatórios e consultas externas, bem como outros grupos profissionais a trabalhar em meio hospitalar. A escolha recaiu nestes profissionais, dado serem os que mais proximamente lidam com o doente internado e os que, em última análise, têm maior poder decisório relacionado com o consumo de recursos.

A limitação deste trabalho de investigação relaciona-se com a técnica de amostragem escolhida, uma vez que é não probabilística ou não casual, mas por conveniência⁶⁶. Este tipo de amostragem só permite que os resultados e conclusões possam ser aplicadas à amostra em estudo, limitando a sua extrapolação com confiança ao universo da amostra e, logicamente, restringindo a representatividade da amostra^{32,66}. A escolha deste tipo de amostragem foi devida, essencialmente, aos custos e às limitações temporais para esta investigação.

Contudo, apesar de tratar de uma amostra de conveniência, considera-se que pode contribuir para impulsionar o estudo do comprometimento dos profissionais de saúde, quer relativamente à organização onde trabalham, quer relativamente aos indicadores contratualizados internamente, prestando, em simultâneo, um contributo para a validação da escala associada².

Por outro lado, não foi possível obter o número exato de médico e enfermeiros a trabalhar nos vários serviços de internamento do CHULC, já que os dados disponíveis, em sede de Balanço Social, apenas reportam aos profissionais por classe e não os especificamente alocados a estes serviços. Assim, foi realizado o cálculo teórico da

amostra representativa da população (para nível de confiança de 95%) de onde se obteve o valor de 384 indivíduos. Esta amostra não foi alcançada uma vez que a taxa de resposta situou-se nos 45,3%.

Pese embora tenha sido constituída uma amostra expressiva de 307 indivíduos, esta não é representativa da população, pelo que apenas se pode afirmar que, a esta dimensão amostral, para os resultados obtidos, corresponde uma margem de erro de 5,6%. Deste modo, os resultados e conclusões devem ser perspectivados como respeitando apenas a esta amostra.

Dada a escassez de instrumentos que respondam à problemática do comprometimento com os objetivos que meçam especificamente este construto no contexto português, o presente estudo pretende constituir um contributo para essa adaptação.

A realização do pré-teste permitiu aferir a adequação das perguntas ao contexto em estudo, assim como testar o instrumento de recolha de dados a ser utilizado. Os respondentes do pré-teste correspondem a 3,5% da amostra total reunida na investigação.

Em termos de resultados de consistência interna das escalas utilizadas, os resultados obtidos apontam para uma boa consistência das escalas utilizadas no questionário aplicado. No entanto, no que diz respeito à escala de comprometimento organizacional e as suas três subescalas integrantes, os resultados obtidos no presente estudo encontram-se ligeiramente abaixo dos resultados obtidos pelos autores do questionário. Excetua-se o valor do *Alpha de Cronbach* para a subescala de comprometimento normativo que é superior. Mais especificamente, para as subescalas de comprometimento afetivo, calculativo e normativo, as diferenças entre os resultados obtidos no presente estudo e aqueles obtidos no estudo original são -0.03, -0.006 e 0.129, respetivamente^{14,29}.

Quando comparados os resultados de consistência interna neste trabalho com aqueles obtidos no estudo português, os resultados obtidos na presente investigação são também inferiores, verificando-se uma ainda maior divergência de valores. Assim, para as subescalas de comprometimento afetivo, calculativo e normativo, as diferenças são respetivamente, de -0.086, -0.0185 e -0.031, a favor do estudo português¹⁴.

No que diz respeito ao instrumento de medida do comprometimento com os objetivos, o valor de consistência interna encontrado no presente estudo foi de 0.815 e, por isso, superior ao encontrado para a escala de cinco itens pelos autores do questionário, que foi de 0.743².

De acordo com a bibliografia consultada, todos os valores de consistência interna traduzidos pelos coeficientes *Alpha de Cronbach* obtidos, se situam entre os valores 0.8 e 0.9, pelo que têm um bom nível de fiabilidade interna. Para a subescala de comprometimento organizacional calculativo, obteve-se um nível razoável de consistência interna^{32,66}.

Por outro lado, e no que diz respeito à análise fatorial realizada para o instrumento de medida do comprometimento dos indivíduos com os objetivos, a Análise de Componentes Principais permitiu confirmar o modelo defendido pelos autores do questionário na qual, os cinco itens que constituem a escala, medem apenas um único construto designadamente o comprometimento com objetivos^{2,76}.

Pelo exposto, considera-se que a análise estatística realizada sobre a escala de comprometimento não é suficiente para a validação da escala. Contudo, consubstancia um contributo para essa validação, alcançando-se, com o presente trabalho, e deste modo, o correspondente objetivo específico.

6.2. Discussão de resultados

A amostra recolhida para o presente estudo é constituída por 307 indivíduos, constituída maioritariamente por respondentes do sexo feminino (68%) e por enfermeiros (81%), cuja média de idades se situa nos 37,6 anos e em 13,9 anos médios de serviço.

- Caracterizar o comprometimento organizacional dos médicos e enfermeiros

Para o primeiro objetivo específico, os resultados obtidos demonstram que, de entre o comprometimento organizacional dos indivíduos, é o comprometimento afetivo aquele mais prevalente na amostra (Tabela 10).

Deste modo, o comprometimento dos inquiridos com a organização situa-se com maior ênfase no comprometimento afetivo, tal como sugere a bibliografia para um grupo de enfermeiros estudados²⁸, e é inferior no obtido por um estudo realizado em Portugal para o grupo de hospitais, em cerca de 0,5 pontos²¹.

Quando, na literatura, a definição de comprometimento organizacional remete para uma resposta emocional traduzida em comportamentos, crenças e atitudes por parte dos indivíduos, parece sustentar-se mais a dimensão afetiva do que a calculativa ou normativa do comprometimento organizacional dos indivíduos¹³, reforçada no presente estudo. Deste modo, sendo o comprometimento afetivo a componente que mais importância detém no comprometimento organizacional, os dados obtidos com este estudo vão de encontro àqueles encontrados na bibliografia consultada^{14,15,28,70}.

Por outro lado, se se considerar como referência de corte os 3,5 pontos, pode afirmar-se que o comprometimento organizacional global médio é positivo e se situa ligeiramente acima, em $3,8 \pm 1,03$ (média \pm desvio padrão), aproximado àquele encontrado em Portugal, para profissionais de saúde^{21,70}.

Quando analisado por Áreas, o comprometimento organizacional é maior na Área da Mulher, Criança e Adolescente (Gráfico 1), com grande ênfase no comprometimento afetivo e normativo e menor no comprometimento calculativo. Os resultados sugerem que os respondentes desta Área possuem maior relação emocional com a instituição, estão mais envolvidos e identificam-se mais com a instituição^{1,18,30}.

De acordo com os resultados obtidos, o comprometimento organizacional afetivo e normativo nos médicos, é superior ao encontrado para a classe de enfermagem. Assim, pode considerar-se que o grupo de médicos inquiridos tem maior relação emocional, identificação e envolvimento para com a instituição³⁰, ao mesmo tempo que também tem maior sentido de obrigação para com a mesma^{30,31}.

Contrariamente, o comprometimento calculativo é maior para a classe de enfermagem. Assim, e dado que o comprometimento organizacional de continuidade reflete o reconhecimento dos custos associados ao abandono da organização^{1,19,30}, o grupo de enfermeiros inquirido evidencia maior cautela ao ponderar sair do CHULC.

Relativamente à análise do comprometimento organizacional entre os inquiridos que são chefias, verifica-se que este grupo apresenta maior comprometimento organizacional global e, em linha com o anteriormente descrito, apresenta também maior comprometimento ao nível das três componentes (afetiva, normativa e calculativa), quando comparado com os inquiridos que não exercem cargo de chefia. Trata-se de um grupo que, para além de demonstrar um maior comprometimento afetivo para com o CHULC, demonstra também um importante grau de comprometimento normativo. Este tipo de comprometimento que se relaciona com o sentido de dever moral dos profissionais e de endividamento para com a organização³¹ apresenta, assim, especial relevância neste grupo de profissionais.

- Caracterizar o comprometimento dos médicos e enfermeiros com os indicadores contratualizados

Dado o nível de comprometimento com os objetivos dos inquiridos encontrado neste estudo (4,8 pontos), pode afirmar-se que os indivíduos apresentam um grau relevante de comprometimento com os objetivos.

Na medida em que o conceito de comprometimento com os objetivos se relaciona com a ligação do indivíduo ou com a sua determinação em cumprir a meta, à qual é inerente uma componente motivacional capaz de influenciar o comprometimento com os objetivos⁹, estamos perante profissionais que, não só concordam com os indicadores propostos, como também os aceitam e estão razoavelmente determinados em atingi-los. Verifica-se, contudo, que os profissionais apresentam uma margem de progressão a considerar, com vista a atingir maiores níveis de comprometimento com os objetivos.

Comparando o nível de comprometimento organizacional com o comprometimento para com os objetivos, verifica-se que, para a amostra em estudo, o segundo é significativamente maior do que o primeiro. Assim, os inquiridos apresentam-se mais comprometidos com os indicadores do que para com a instituição.

Relativamente ao comprometimento com os objetivos contratualizados internamente com o CA quando analisado por Áreas, este é também maior na Área da Mulher, Criança e Adolescente, seguido da Área da Hemato-Oncologia. Inversamente situa-se a Área das especialidades cirúrgicas, que apresenta o menor nível de comprometimento para com os objetivos. Pese embora as diferenças obtidas entre as diversas Áreas, salienta-se que o comprometimento com os objetivos apresenta valores acima dos 4 pontos para todas as Áreas.

Relativamente à análise do comprometimento com os objetivos por classe profissional, os resultados obtidos apresentam um maior nível de comprometimento com os objetivos ao nível da classe médica, face à classe de enfermagem.

Quanto à análise da amostra relativamente ao comprometimento com objetivos para o grupo das chefias, verifica-se que este é maior neste grupo que por sua vez também apresenta maior comprometimento organizacional.

Observa-se um importante nível de comprometimento organizacional e para com os objetivos, encontrado ao nível da Área da Mulher, Criança e Adolescente. Não tendo sido exploradas as razões que levam a este comportamento, considera-se pertinente o estudo aprofundado a realizar futuramente, de forma a perceber os motivos para que tal aconteça.

- Analisar o conhecimento e envolvimento na definição dos indicadores contratualizados pelos médicos e enfermeiros

A maioria dos inquiridos (53%) refere desconhecer os indicadores contratualizados com as Áreas e cerca de 82% dos profissionais referem não ter sido envolvidos na sua definição. Dada a relação positiva existente entre a integração do profissional na

definição dos objetivos ^{10,12}, este valor parece justificar a ausência de um nível superior de comprometimento com os objetivos para os profissionais inquiridos.

Quando analisados estes dados por Área, verifica-se que a Área da Mulher, Criança e Adolescente é, com grande vantagem, aquela que mais conhece os indicadores (89%) e onde mais profissionais referem ter sido envolvidos na sua definição (77,8%). Em contraste, observa-se a Área músculo-esquelética, relativamente à qual apenas 31% dos inquiridos são conhecedores dos indicadores apresentados, e a Área de cirurgia, onde apenas 10% dos profissionais foram envolvidos na definição dos indicadores.

Uma vez mais, não são conhecidas as razões para tal distanciamento, pelo que parece importante perceber, em estudos futuros, o que motiva o comportamento evidenciado pela Área da Mulher, Criança e Adolescente.

A classe médica que apresenta maior ligação emocional, que está mais envolvida com a organização e mais se identifica com ela é também a que tem maior conhecimento e envolvimento na definição dos indicadores, com 19,3% e 63%, respetivamente. Quanto à classe de enfermagem os resultados apontam para que 51% tenha conhecimento dos indicadores e, apenas, 17,6% refere ter sido envolvido na sua definição.

Constata-se uma relevante percentagem de chefias que diz desconhecer os indicadores (42%) e que cerca de 61% dos chefes refere não ter sido envolvido na sua definição o que é consistente com o fraco envolvimento das chefias intermédias no processo de contratualização interna, apurado na bibliografia⁵⁵.

Segundo a literatura consultada, o exercício da liderança e seu reconhecimento por parte dos trabalhadores é determinante na relação entre o comprometimento com os objetivos e a *performance* obtida pela instituição, carece especial atenção o não envolvimento e o desconhecimento dos indicadores contratualizados por parte das chefias inquiridas⁹. De facto, a importância atribuída ao atingimento dos objetivos pode ser influenciada pela forma como é inculcida ao profissional pelo seu superior hierárquico e o comprometimento com os objetivos pode ser influenciado pela forma como as chefias incutem uma visão motivacional e inspiradora aos demais profissionais⁴⁶.

Na medida em que o conceito de comprometimento com os objetivos remete para a ligação do indivíduo ao objetivo e/ou à sua determinação em cumprir a meta, à qual é inerente uma componente motivacional capaz de influenciar o comprometimento com os objetivos⁹, sugere-se pois, tal como a literatura evidencia^{6,9}, a importância da integração de considerações do comportamento humano no estabelecimento das metas, com vista à sua concordância e aceitação por parte dos profissionais, com consequências positivas ao nível da *performance* institucional. Este facto é

acompanhado pela maior correlação encontrada ao nível do comprometimento com os objetivos e a componente afetiva do comprometimento organizacional, já que, também ela reporta para uma resposta emocional do indivíduo, traduzida em comportamentos, crenças, atitudes, bem como o envolvimento para com a organização^{1,18,30}.

Embora o tipo de chefias participantes no estudo não seja especificado, poder-se-á considerar que todas são chefias operacionais e intermédias e, por isso, interessará futuramente perceber por que motivo existem chefias, independentemente da sua classe profissional, a desconhecer os indicadores-chave contratualizados internamente com o CA e a não serem envolvidas na sua definição.

Quanto à análise da variação do comprometimento com os objetivos quando comparado quer com o conhecimento dos indicadores quer com o envolvimento dos profissionais na sua definição, verifica-se que existe um maior comprometimento com os objetivos contratualizados por parte do grupo familiarizado com os objetivos. Do mesmo modo, existe um maior comprometimento com os objetivos no grupo de profissionais envolvidos na sua definição de $5,35 \pm 1,08$ (média \pm desvio padrão). Estes resultados suportam a teoria de que os que têm conhecimento têm maior comprometimento, o que está de acordo com o evidenciado na literatura quanto à participação na definição dos indicadores^{10,12}.

Quando analisados os dados relativamente ao comportamento do grupo das chefias, verifica-se que, ao nível do conhecimento dos indicadores, este grupo não tem um comportamento diferente dos inquiridos que não são chefes. Contudo, ao nível do envolvimento, o teste de Qui-Quadrado permitiu apurar que o grupo das “chefias” parece ter maior envolvimento na definição dos indicadores já que existe diferença estatística entre os grupos (ANEXO VI). Estes dados acompanham aqueles acima descritos e enfatizam os resultados obtidos, nomeadamente, 38,7% dos inquiridos chefes referirem ter sido envolvidos na definição dos indicadores contratualizados internamente.

- Contribuir para a validação de uma escala de compromisso com objetivos

Pretendendo contribuir para o estudo da validação da escala de comprometimento com os objetivos, foi realizada a ACP e a análise de consistência interna da escala.

Em relação à ACP, os resultados obtidos para a amostra em estudo demonstram que uma única componente permite explicar aproximadamente 58% da variância e que, por isso, se encontra de acordo com os resultados obtidos na literatura consultada². Deste modo, pode afirmar-se que o questionário integra apenas uma componente, que mede o construto unidimensional “comprometimento com os objetivos”, ao qual corresponde maior nível de significância.

Em relação à consistência interna da escala de comprometimento com os objetivos obtida para esta análise (0,815), de acordo com a bibliografia consultada, pode afirmar-se que esta escala tem uma boa consistência interna, à semelhança da encontrada na literatura².

Os testes estatísticos realizados vão de encontro à validade do construto medido pelo questionário (ACP) e de confiabilidade do mesmo (consistência interna). No entanto, convirá a realização, em estudos futuros, entre outros, de testes de consistência temporal e da sua adequação a outros contextos ⁷⁵.

6.3. Sugestões de investigações futuras

A replicação deste estudo ou a sua complementaridade com outros estudos do mesmo âmbito em outros setores da atividade assistencial poderá conduzir a resultados mais robustos, extrapoláveis para esta população ou para outras.

Assim, é pertinente alargar o estudo a hospitais privados de forma a perceber qual o comportamento dos profissionais deste setor principalmente no que diz respeito ao seu comprometimento com os objetivos. Também parece relevante estudar o comprometimento dos profissionais no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente no que diz respeito às Unidades de Saúde familiar dos tipos A e B. Adicionalmente, parece relevante comparar, em futuras investigações, os resultados obtidos neste estudo, bem como os resultados obtidos noutros trabalhos similares com a *performance* obtida pelas instituições.

Por outro lado, e no que diz respeito especificamente à escala de comprometimento com os objetivos, sugere-se a realização de mais estudos neste campo, de forma a aprofundar a sua análise e eventual validação para o contexto português.

Paralelamente e tendo sido utilizada uma amostra por conveniência, considera-se pertinente a confirmação dos resultados mediante a utilização de outras amostras, sugerindo-se o recurso a um maior número de inquiridos, bem como o seu alargamento a um maior número de organizações na definição da amostra, de forma a poder obter resultados mais robustos e a poder realizar a sua extrapolação para a população.

6.4. Relevância para as organizações de Saúde

O atual contexto económico-financeiro vivido nas organizações de saúde impele a reorganização das instituições de saúde e dos recursos quer humanos, quer financeiros para a obtenção de ganhos em termos de eficiência.

Nesta sequência, o processo de contratualização interna surge como instrumento de apoio à gestão com vista a atingir um maior e melhor desempenho ⁵⁵. De entre várias entropias inerentes ao processo da contratualização interna referidas na bibliografia consultada, destaca-se a que especificamente diz respeito à deficiente inclusão dos profissionais de saúde na gestão e organização dos serviços de saúde ⁵⁷.

O estudo do comprometimento organizacional e do comprometimento para com os objetivos contratualizados internamente entre as diferentes Áreas funcionais e o CA poderá permitir aliar teorias do comportamento organizacional ao processo negocial propriamente dito. De tal forma que poderá ser um bom fator preditivo das consequências práticas da implementação de técnicas de gestão operacional, uma vez que os objetivos funcionam como reguladores das ações humanas ^{6,7,31}. Assim, reitera-se o evidenciado pela literatura, em que o estabelecimento de metas não é um procedimento meramente técnico, devendo integrar considerações do comportamento humano.

Do ponto de vista da gestão das instituições de saúde, pode constatar-se que o conhecimento do grau de comprometimento dos seus profissionais para com os indicadores contratualizados internamente é uma importante ferramenta ao alcance dos gestores, já que assim se poderão traçar estratégias com vista ao seu aumento e, tal qual atesta a literatura, aumentar os níveis de *performance* das instituições ^{9,10,18,41-43}.

Da literatura consultada resulta que um aumento do comprometimento organizacional dos enfermeiros possibilita estabelecer uma relação causa-efeito na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ⁵³. Por outro lado, defende-se a centralidade dos médicos na prossecução dos objetivos da organização ⁵⁴. Assim, preconiza-se que à atribuição de responsabilidades do ponto de vista financeiro e prestação de contas possam ser associados comportamentos e valores individuais, no sentido de estimular práticas que impulsionem os médicos a identificarem-se com os objetivos organizacionais ⁵⁴.

É assim demonstrada a importância do envolvimento dos profissionais na definição dos indicadores, de forma a aumentar o seu comprometimento para com os mesmos, argumentando a favor da integração de considerações do comportamento humano no estabelecimento dos objetivos ⁶ por parte dos gestores.

7. CONCLUSÕES

O presente estudo teve como objetivo principal o estudo do comprometimento organizacional, bem como o comprometimento para com os objetivos contratualizados internamente de médicos e enfermeiros, para os serviços de internamento do CHLUC.

De forma mais específica, foram avaliados os níveis de comprometimento organizacional e de comprometimento com os indicadores contratualizados entre as Áreas que integram as diferentes unidades funcionais do CHLUC e analisado quer o conhecimento dos profissionais face a estes indicadores, quer o grau de envolvimento na sua definição, por parte de médicos e enfermeiros.

O instrumento de recolha de dados utilizado nesta investigação permitiu apurar o nível de comprometimento organizacional e de comprometimento com os objetivos contratualizados internamente. Adicionalmente, questionaram-se os respondentes acerca do seu conhecimento e envolvimento na definição dos indicadores contratualizados.

A amostra de conveniência foi constituída por 307 indivíduos, dos quais 68,1% são do género feminino e 81,4% são enfermeiros. A média de idades dos respondentes é de 38 anos e a média do tempo de exercício profissional é de 14 anos.

A amostra deste estudo integra todas as Áreas do CHLUC com exceção de duas: Área da Urgência e Cuidados Intensivos e da Área de Anestesia e Blocos Operatórios. Globalmente, a Área com maior representatividade na amostra foi a de Cirurgia, contrariamente à da Mulher, Criança e Adolescente com menor expressão na amostra.

Foi obtida uma boa consistência interna para ambas as escalas utilizadas.

Em termos de comprometimento organizacional global, verificou-se que a componente afetiva deste tipo de comprometimento é a mais prevalente, de entre os inquiridos, o que está de acordo com a bibliografia consultada. O comprometimento organizacional global médio obtido foi de 3,8 pontos. A Área onde se verifica que os inquiridos têm maior nível de comprometimento organizacional é a Área da Mulher, Criança e Adolescente. Quanto às classes profissionais em estudo, verifica-se que o comprometimento organizacional dos médicos se situa maioritariamente nas componentes afetiva e normativa, demonstrando por isso que se identificam e estão mais envolvidos com a instituição e sentido de obrigação moral para com a mesma^{30,31}. Por outro lado, os enfermeiros apresentam maior comprometimento organizacional ao nível calculativo, o que reflete que reconhecem maiores custos em relação ao abandono da organização^{1,19,30}. Globalmente, os enfermeiros apresentam maior comprometimento

organizacional. As chefias inquiridas também reportam maiores níveis da componente afetiva e normativa, bem como apresentam maiores níveis de comprometimento global.

O nível de comprometimento com os indicadores contratualizados é superior ao nível de comprometimento com a organização na amostra em estudo. Este tipo de comprometimento também é maior na Área da Mulher, Criança e Adolescente, sendo superior na classe médica e nos inquiridos que desempenham funções de chefia.

Para a amostra em estudo, conclui-se que 53% refere desconhecer os indicadores contratualizados internamente e 82% referem não ter sido envolvidos na sua definição.

A Área da Mulher, Criança e Adolescente é, de entre as estudadas, aquela cujos inquiridos mais referem conhecer e terem sido envolvidos na definição dos indicadores contratualizados. A classe médica é também aquela que mais se diz envolvida e conhecedora dos indicadores contratualizados entre a Área a que pertencem e o CA.

A maioria dos chefes inquiridos refere não ter sido envolvida na definição dos indicadores e 42% referem desconhecer os indicadores.

Já que o conceito de comprometimento com os objetivos remete para a ligação do indivíduo ao objetivo e/ou à sua determinação em cumprir a meta, enfatiza-se a importância da integração de considerações do comportamento humano no estabelecimento das metas, com vista à sua concordância e aceitação por parte dos profissionais.

Por outro lado, o exercício da liderança e o seu reconhecimento por parte dos profissionais são determinantes da relação entre o comprometimento com os objetivos e a *performance* obtida pela instituição⁹. Adicionalmente, a importância atribuída ao atingimento dos objetivos bem como o comprometimento para com os objetivos pode ser influenciada pela forma como é inculcada ao profissional pelo seu superior hierárquico⁴⁶. Por este motivo, sugere-se especial atenção ao não envolvimento e ao desconhecimento dos indicadores contratualizados por parte das chefias.

Por último, foi aplicada a análise fatorial com a ACP como contributo para a validação da escala em contexto nacional, para além da análise de consistência interna, através da qual se obtiveram valores semelhantes aos encontrados na bibliografia.

Em termos de relevância para as organizações de saúde, observa-se o papel fundamental que um administrador hospitalar detém na definição de estratégias para o seu melhor desempenho, pelo que o recurso a teorias de comportamento organizacional pode ser determinante para a obtenção de maior eficiência no processo de contratualização e nos resultados perseguidos.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Meyer JP, Allen NJ. A three-component conceptualization of organizational commitment. *Hum Resour Manag Rev.* 1991;1(1):61–89.
2. Klein HJ, Wesson MJ, Hollenbeck JR, Wright PM, Deshon RP. The assessment of goal commitment: a measurement model meta-analysis. *Organ Behav Hum Decis Process.* 2001;85(1):32–55.
3. Instituto Nacional de Estatística. Conta satélite da saúde. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2018.
4. OECD. Health at a glance 2017: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2017.
5. Escoval A. Financiamento: inovação e sustentabilidade. Lisboa: Companhia das Ideias; 2008.
6. Linderman K, Schroeder RG, Zaheer S, Choo AS. Six sigma: a goal-theoretic perspective. *J Oper Manag.* 2002;21(2):193–203.
7. Linderman K, Schroeder RG, Choo AS. Six sigma: the role of goals in improvement teams. *J Oper Manag.* 2006;24(6):779–90.
8. Caught K, Shadur M, Rodwell J. The measurement artifact in the Organizational Commitment Questionnaire. *Psychol Rep.* 2000;87(3):777–88.
9. Locke EA, Latham GP, Erez M. The determinants of goal commitment. *Acad Manag Rev.* 1988;13(1):23–39.
10. Klein HJ, Wesson MJ, Hollenbeck JR, Alge BJ. Goal commitment and the goal-setting process: conceptual clarification and empirical synthesis. *J Appl Psychol.* 1999;84(6):885–96.
11. Hollenbeck JR, Klein HJ. Goal commitment and the goal-setting process: problems, prospects, and proposals for future research. *J Appl Psychol.* 1987;72(2):212–20.
12. Sholihin M, Pike R, Mangena M, Li J. Goal-setting participation and goal commitment: Examining the mediating roles of procedural fairness and interpersonal trust in a UK financial services organisation. *Br Account Rev.* 2011;43(2):135–46.
13. Mowday R., Steers R., Porter L. The measurement of organizational commitment. *J Vacat Behav.* 1979;247(14):224–7.
14. Nascimento JL, Lopes A, Salgueiro M de F. Estudo sobre a validação do “Modelo de Comportamento Organizacional” de Meyer e Allen para o contexto português. *Comport Organ e Gestão.* 2008;14:115–33.
15. Nascimento J. Influência do comprometimento organizacional nas estratégias comportamentais, mediada pelo comprometimento com os objectivos e pela satisfação global com o trabalho [tese de doutoramento]. Lisboa: Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE). Instituto Universitário de Lisboa; 2010.
16. Starnes B, Truhon S. A primer on organizational commitment. Milwaukee, WI: American Society for Quality; 2001.
17. Bishop JW, Scott KD, Goldsby MG, Cropanzano R. A construct validity study of commitment and perceived support variables: a multifoci approach across different team environments. *Gr Organ Manag.* 2005;30(2):153–80.
18. Meyer JP, Becker TE, Vandenberghe C. Employee commitment and motivation: a conceptual analysis and integrative model. *J Appl Psychol.* 2004;89(6):991–1007.
19. Meyer JP, Stanley DJ, Herscovitch L, Topolnytsky L. Affective, continuance, and normative commitment to the organization: a meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences. *J Vocat Behav.* 2002;61(1):20–52.
20. Rego A, Leite R, Carvalho T, Freire C, Vieira A. Toward a different understanding of the Ways people feel attached to their organizations. *Manag Res.* 2004;2(3):201–18.

21. Ferreira M. Empenhamento organizacional de profissionais de saúde em hospitais com diferentes modelos de gestão [tese de doutoramento]. Braga: Escola de Economia e Gestão. Universidade do Minho; 2005.
22. Rego A. Comprometimento afectivo dos membros organizacionais: o papel das percepções de justiça. *Rev Adm Contemp*. 2002;6(2):209–41.
23. Rego A, Souto S. Comprometimento organizacional em organizações autênticas: um estudo luso-brasileiro. *Rev Adm Empres*. 2004;44(3):30–43.
24. Mosadeghrad AM, Ferlie E, Rosenberg D. A study of the relationship between job satisfaction, organizational commitment and turnover intention among hospital employees. *Heal Serv Manag Res*. 2008;21:211–27.
25. Mosadeghrad A, Ferdosi M. Leadership, job satisfaction and organizational commitment in healthcare sector: proposing and testing a model. *Mater Socio Medica*. 2013;25(2):121–6.
26. Haas JS, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA. Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *J Gen Intern Med*. 2000;15(2):122–8.
27. Cohen A. On the discriminant validity of the Meyer and Allen measure of organizational commitment: how does it fit with the work commitment construct? *Educ Psychol Meas*. 1996;56(3):494–503.
28. Meyer JP, Allen NJ, Smith CA. Commitment to organizations and occupations: extension and test of a three-part conceptualization. *J Appl Psychol*. 1993;78(4):538–51.
29. Allen NJ, Meyer JP. The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *J Occup Psychol*. 1990;63(1):1–18.
30. Meyer J, Herscovitch L. Commitment in the workplace: toward a general model. *Hum Resour Manag Rev*. 2001;11:299–326.
31. Meyer JP, Parfyonova NM. Normative commitment in the workplace: a theoretical analysis and re-conceptualization. *Hum Resour Manag Rev*. 2010;20(4):283–94.
32. João Marôco. *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 5ª edição. Pero Pinheiro: Report Number; 2011. 990 p.
33. Rego A. Comprometimento organizacional e ausência psicológica: afinal, quantas dimensões? *Rev Adm Empres*. 2003;43(4):25–35.
34. Mento AJ, Steel RP, Karren RJ. A meta-analytic study of the effects of goal setting on task performance: 1966-1984. *Organ Behav Hum Decis Process*. 1987;39(1):52–83.
35. Tubbs ME. Goal-Setting: A meta-analytic examination of the empirical evidence. *J Appl Psychol*. 1986;71(3):474.
36. Oldham GR. The impact goal of supervisory acceptance. *Acad Manag J*. 1975;18(3):461–75.
37. Foddy W. *Como perguntar: teoria e prática da construção de perguntas em entrevista e questionários*. Oeiras: Celta Editora; 1996.
38. De Bono S, Heling G, Borg MA. Organizational culture and its implications for infection prevention and control in healthcare institutions. *J Hosp Infect*. 2014;86(1):1–6.
39. Freund A. Commitment and job satisfaction as predictors of turnover intentions among welfare workers. *Adm Soc Work*. 2005;29(2):5–21.
40. Hollenbeck JR, Klein HJ, O'Leary AM, Wright PM. Investigation of the construct validity of a self-report measure of goal commitment. *J Appl Psychol*. 1989;74(6):951–6.
41. Erez M, Zidon I. Effect of goal acceptance on the relationship of goal difficulty to performance. *J Appl Psychol*. 1984;69(1):69–78.
42. Hollenbeck JR, Williams CL, Klein HJ. An empirical examination of the antecedents of commitment to difficult goals. *J Appl Psychol*. 1989;74(1):18–23.

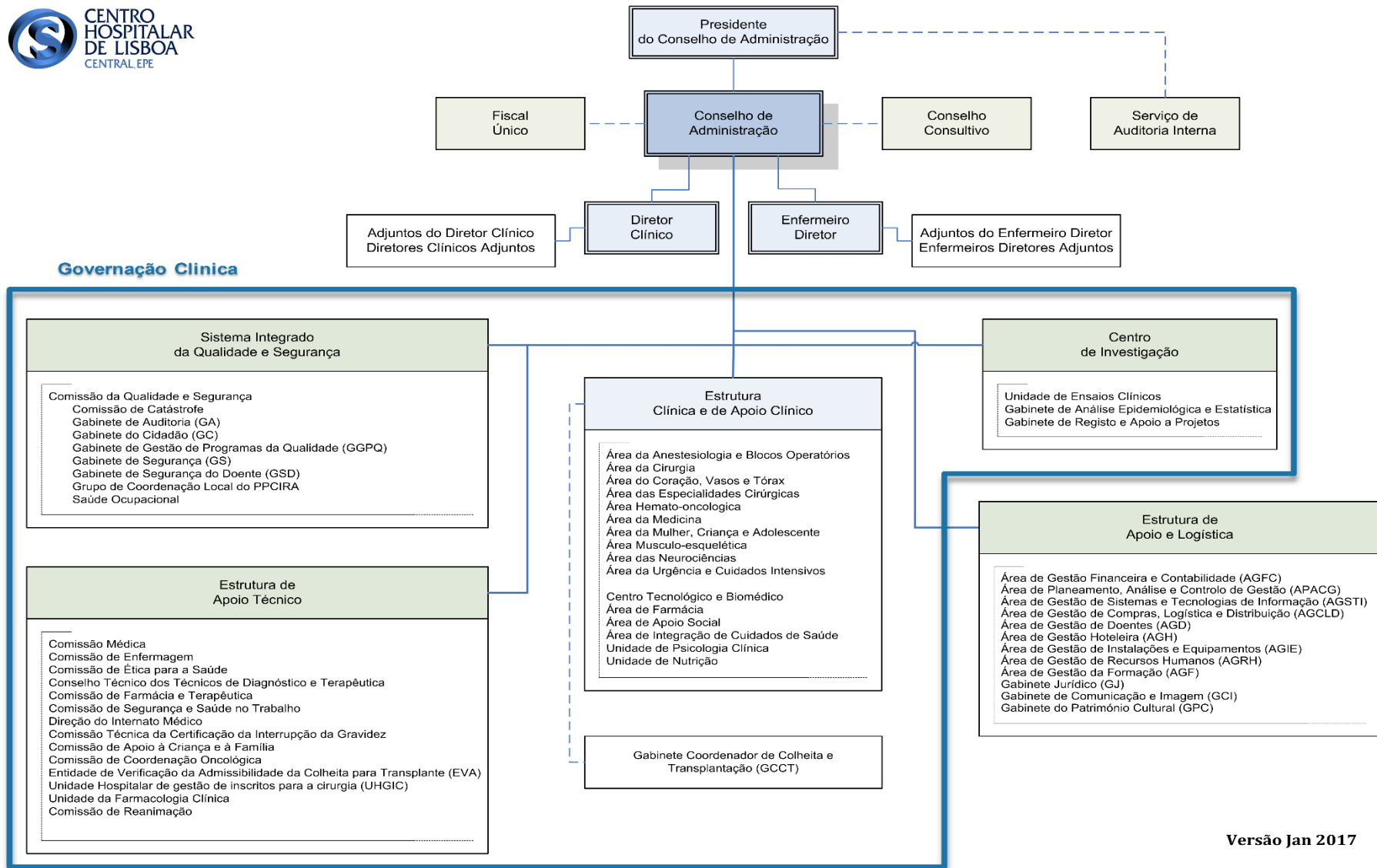
43. Latham, G. P., & Yukl GA. A review of research on the application of goal setting in organizations. *Acad Manag J.* 1975;18(4):824–45.
44. Lau WK. The impacts of personality traits and goal commitment on employees' job satisfaction. *Bus Econ J.* 2012;2012(BEJ-59):1–12.
45. Latham GP, Steele TP. The motivational effects of participation versus goal setting on performance. *Acad Manag J.* 1983;26(3):406–17.
46. Locke EA, Latham GP. Building a practically useful theory of goal setting and task motivation: A 35-year odyssey. *Am Psychol.* 2002;57(9):705–17.
47. De Baerdemaeker J, Bruggeman W. The impact of participation in strategic planning on managers' creation of budgetary slack: the mediating role of autonomous motivation and affective organisational commitment. *Manag Account Res.* 2015;29:1–12.
48. Renn RW. Moderation by goal commitment of the feedback-performance relationship: theoretical explanation and preliminary study. *Hum Resour Manag Rev.* 2003;13(4):561–80.
49. Erez M, Kanfer FH. The role of goal acceptance in goal setting and task-performance. *Acad Manag Rev.* 1983;8(3):454–63.
50. Dodd NG, Anderson KS. A test of goal commitment as a moderator of the relationship between goal level and performance. *J Soc Behav Personal.* 1996;11(2):329–36.
51. Tubbs ME. Commitment as a moderator of the goal-performance relation: a case for clearer construct definition. *J Appl Psychol.* 1993;78(1):86–97.
52. Shiell A. Health outcomes are about choices and values: an economic perspective on the health outcomes movement. *Health Policy (New York).* 1997;39(1):5–15.
53. Naghneh M, Tafreshi M, Naderi M, Shakeri N, Bolourchifard F, Goyaghaj N. The relationship between organizational commitment and nursing care behavior. *Electron Physician.* 2017;9(7):4835–40.
54. Macinati MS, Rizzo MG. Budget goal commitment, clinical managers' use of budget information and performance. *Health Policy (New York).* 2014;117(2):228–38.
55. Matos T, Ferreira A, Lourenço A, Escoval A. Contratação interna vs. contratação externa. *Rev Port Saúde Pública.* 2010;9:161–80.
56. Portugal. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde. Termos de referência para contratação de cuidados de saúde no SNS para 2018. Lisboa: ACSS; 2018. 1-84 p.
57. Escoval A. O processo de contratação na saúde em Portugal (1996-2005). *Rev Port Saúde Pública.* 2010;7–14.
58. Portugal. Ministério da Saúde. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central. Página de acolhimento institucional: Instituição [Internet]. Lisboa: Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central; 2018 [citado 17 de Setembro de 2018]. Disponível em: <http://www.chlc.min-saude.pt/instituicao/>
59. Portugal. Ministério da Saúde. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central: missão, visão, valores e objectivos [Internet]. Lisboa: Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central; 2018 [citado 17 de Setembro de 2018]. Disponível em: <http://www.chlc.min-saude.pt/missao-visao-valores-e-objectivos/>
60. Portugal. Ministério da Saúde. Centro Hospitalar Lisboa Central. Relatório e contas 2016. Lisboa: Centro Hospitalar de Lisboa Central; 2017.
61. Portugal. Ministério da Saúde. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central. Relatório analítico da actividade assistencial e desempenho económico-financeiro: agosto 2018. Lisboa: Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central; 2018.
62. Portugal. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde. Atividade de internamento hospitalar [Internet]. Lisboa: ACSS; 2018 [citado 26 de Outubro de 2018]. Disponível em: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/atividade-de->

internamento-hospitalar/information/?flg=pt&refine.tempo=2017&q=CHLC

63. Portugal. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde. Contrato Programa CHLC EPE 2017-2019. Lisboa: ACSS; 2017.
64. Jordan H, Neves JC das, Rodrigues JA. O controlo de Gestão ao serviço da estratégia e dos gestores. 9ª. Lisboa: Áreas Editora; 2011. 445 p.
65. Aguiar P. Estatística em investigação epidemiológica: SPSS: guia prático de medicina. Lisboa: Climepsi Editores; 2007.
66. Hill MM, Hill A. Investigação por questionário. 2ª edição. Lisboa: Edições Sílabo; 2012.
67. Chimento GF, Thomas LC. The Perioperative Surgical Home: Improving the Value and Quality of Care in Total Joint Replacement. *Curr Rev Musculoskelet Med*. 2017;1–5.
68. Anderson FA. Deep Vein Thrombosis and Pulmonary Embolism A Practical Guide to Evaluation By a Center for n. :1–33.
69. Anders C, Cassidy A. Effective organizational change in healthcare: exploring the contribution of empowered users and workers. *Int J Healthc Manag*. 2014;7(2):132–51.
70. Santos D. A influência do empenhamento organizacional e profissional dos enfermeiros nas estratégias de gestão de conflito [dissertação de mestrado]. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Instituto Universitário de Lisboa; 2008.
71. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000;25(24):3186–91.
72. Jacobsen K. Introduction to health research methods: a practical guide. 2nd editio. Burlington: Jones & Barlett Learning; 2017.
73. Hagino C. A brief overview of the development process for written, self-report, health-related surveys. *J Can Chiropr Assoc*. 2002;46(1):11–21.
74. Krosnick J. Survey research. *Annu Rev Psychol*. 1999;(50):537–67.
75. Creswell JW. Research design-qualitative, quantitative and mixed methods approaches. 4th ed. Los Angeles: SAGE Publications; 2014.
76. Klein HJ, Cooper JT, Molloy JC, Swanson JA. The assessment of commitment: Advantages of a unidimensional, target-free approach. *J Appl Psychol*. 2014;99(2):222–38.

9. ANEXOS

ANEXO I- Organograma Centro Hospitalar Universitário Lisboa



Versão Jan 2017

ANEXO II

AGRUPAMENTO DAS ESPECIALIDADES

<p>Área da Anestesia e Blocos Operatórios</p> <p>Anestesiologia</p>	<p>Área da Cirurgia</p> <p>Cirurgia Geral Gastroenterologia Urologia</p>	<p>Área do Coração, Vasos e Tórax</p> <p>Angiologia e Cirurgia Vascular Cardiologia Cardiologia Pediátrica Cirurgia Cardíaca Cirurgia Torácica Pneumologia</p>	<p>Área das Especialidades Cirúrgicas</p> <p>Cirurgia Plástica e Reconstructiva Cirurgia Máxilo-facial Estomatologia Oftalmologia Otorrinolaringologia</p>
<p>Área Hemato-Oncológica</p> <p>Hematologia Clínica Oncologia Médica</p>	<p>Área da Medicina</p> <p>Dermato-venereologia Doenças Infecciosas Endocrinologia e Nutrição Medicina Interna Nefrologia</p>	<p>Área da Mulher, Criança e Adolescente</p> <p>Cirurgia Pediátrica Genética Médica Ginecologia e Obstetrícia Imunoalergologia Neuropediatria Pediatria Médica Psiquiatria da Infância e da Adolescência</p>	<p>Área Musculo-Esquelética</p> <p>Ortopedia Medicina Física e Reabilitação</p>
<p>Área das Neurociências</p> <p>Neurocirurgia Neurologia Psiquiatria Neurorradiologia</p>	<p>Área da Urgência e dos Cuidados Intensivos</p> <p>Medicina Intensiva</p>	<p>Centro Tecnológico e Biomédico</p> <p>Anatomia Patológica Patologia Clínica Radiodiagnóstico Imunohemoterapia</p>	

ANEXO III- Autorizações para aplicação de questionário



Área Gestão Financeira e Contabilidade

Ao CA
É de autorizar,
sem encargos
para o CHLC
2018/3/22

Dra. Joaquina Mafios
Administradora Hospitalar

Informação:

O estudo "*O Commitment dos profissionais de saúde com os indicadores contratualizados para serviços de internamento num hospital público de Lisboa*" é um estudo a realizar no âmbito do curso de Especialização em Administração Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública, tendo como Investigador Principal a Enf. Carma Gouveia.

O estudo presuppõe a aplicação de um questionário aos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) de vários Serviços de Internamento do CHLC. Não estão previstos encargos financeiros para o CHLC.

23/03/2018

RUI OLIVEIRA
Assistente Técnico

O Conselho
autoriza.

PRESENTE À SESSÃO DO
C.A. DE 24/03/2018
A Presidente
O Vogal
O Vogal
O Diretor Clínico
A Enf. Diretora
ATA Nº 12/2018

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Parecer

Data: 08.03.2018
Processo n.º 517/2017

Título: “O Commitment dos profissionais de saúde com os indicadores contratualizados para serviços de internamento num hospital público de Lisboa”

Relator: Fernando Nolasco, Prof Dr

Investigador principal: Carma Gouveia, Dra

Local: Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

Parecer:

Estudo referente a análise do conhecimento por médicos e enfermeiros dos indicadores de funcionamento e objectivos contratualizados, e do cometimento dos profissionais em alcançá-los.

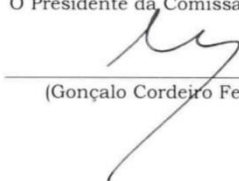
O inquérito associado é anónimo, não sendo possível identificar a origem, e voluntário.

Existe consentimento informado.

Conclusão:

O presente estudo não levanta questões do ponto de vista ético, respeitando as normas de boa prática clínica e encontra-se de acordo com a Declaração de Helsínquia e posteriores actualizações, pelo que se entende emitir parecer favorável à sua realização.

O Presidente da Comissão de Ética


(Gonçalo Cordeiro Ferreira)

ANEXO IV-Questionário final

Parte I

Este questionário é composto por uma série de afirmações que representam alguns sentimentos possíveis das pessoas para com a instituição onde trabalham (Meyer & Allen, 1997), com tradução/adaptação para português, por Nascimento, Lopes e Salgueiro (2008).

Em relação aos seus próprios sentimentos acerca da organização para onde está a trabalhar neste momento, indique, por favor, o grau de (des)acordo em relação a cada uma das afirmações. Para esse efeito, assinale uma das 7 alternativas que se seguem a cada afirmação:

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente	Discordo moderadamente	Discordo ligeiramente	Não concordo nem discordo	Concordo ligeiramente	Concordo moderadamente	Concordo totalmente

1. Acredito que há muito poucas alternativas para poder pensar sair desta empresa.	1 2 3 4 5 6 7
2. Não me sinto “emocionalmente” ligado a esta empresa.	1 2 3 4 5 6 7
3. Seria materialmente muito penalizador para mim, neste momento, sair desta empresa, mesmo que o pudesse fazer.	1 2 3 4 5 6 7
4. Eu não iria deixar esta empresa neste momento porque sinto que tenho uma obrigação pessoal para com as pessoas que trabalham aqui.	1 2 3 4 5 6 7
5. Sinto que não tenho qualquer dever moral em permanecer na empresa onde estou atualmente.	1 2 3 4 5 6 7
6. Esta empresa tem um grande significado pessoal para mim.	1 2 3 4 5 6 7
7. Não me sinto como “fazendo parte da família” nesta empresa.	1 2 3 4 5 6 7
8. Mesmo que fosse uma vantagem para mim, sinto que não seria correto deixar esta empresa no presente momento.	1 2 3 4 5 6 7
9. Na realidade sinto os problemas desta empresa como se fossem meus.	1 2 3 4 5 6 7
10. Esta empresa merece a minha lealdade.	1 2 3 4 5 6 7
11. Ficaria muito feliz em passar o resto da minha carreira nesta empresa.	1 2 3 4 5 6 7
12. Sentir-me-ia muito culpado se deixasse esta empresa agora.	1 2 3 4 5 6 7
13. Uma das principais razões para eu continuar a trabalhar para esta empresa é que a saída iria requerer um considerável sacrifício pessoal, porque uma outra empresa poderá não cobrir a totalidade de benefícios que tenho aqui.	1 2 3 4 5 6 7
14. Neste momento, manter-me nesta empresa é tanto uma questão de necessidade material quanto de vontade pessoal.	1 2 3 4 5 6 7
15. Não me sinto como fazendo parte desta empresa.	1 2 3 4 5 6 7

16. Uma das consequências negativas para mim se saísse desta empresa resulta da escassez de alternativas de emprego que teria disponíveis.	1	2	3	4	5	6	7
17. Muito da minha vida iria ser afetada se decidisse querer sair desta empresa neste momento.	1	2	3	4	5	6	7
18. Sinto que tenho um grande dever para com esta empresa.	1	2	3	4	5	6	7
19. Como já dei tanto a esta empresa, não considero atualmente a possibilidade de trabalhar numa outra.	1	2	3	4	5	6	7

Parte II

Indicadores -chave

Foram assinadas no início de 2017 as diferentes cartas de compromisso de suporte à contratualização interna, entre o Conselho de Administração e cada área clínica, onde foram acordados os indicadores-chave para cada serviço e respetivas metas de desempenho.

A contratualização interna serve o propósito de alinhar o hospital com vista ao cumprimento dos indicadores previsto no Contrato-Programa, base do financiamento da instituição.

De acordo com a área a que pertence, gostaria de saber qual o seu conhecimento acerca dos mesmos e o seu nível de concordância, com os eles.

Pode consultar as áreas (ANEXO I) e os indicadores chave contratualizados (ANEXO II) para cada uma delas, que encontrará no final deste questionário.

1. Assinale com um **X** a área a que pertence.

ÁREAS	
Coração, Vasos e Tórax	
Cirurgia	
Hemato-Oncologia	
Especialidades Cirúrgicas	
Músculo-Esquelética	
Medicina	
Neurociências	
Mulher, Criança e do Adolescente	
Urgência Geral e de Cuidados Intensivos	
Anestesiologia e Blocos Operatórios	

2. Está familiarizado com os indicadores chave contratualizados internamente para a sua área?
 ___ Sim ___ Não
3. Foi envolvido na definição dos indicadores/objetivos?
 ___ Sim ___ Não

Parte III
Compromisso com os indicadores

O questionário apresentado de seguida permite avaliar o nível de compromisso com os objetivos em si e está de acordo com aquele estudado por Klein et al. (2001).

Para cada questão assinale com uma **X** o seu nível de concordância com a questão, utilizando a escala de 1 (Discordo Totalmente) a 7 (Concordo Totalmente):

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente	Discordo moderadamente	Discordo ligeiramente	Não concordo nem discordo	Concordo ligeiramente	Concordo moderadamente	Concordo totalmente

É-me difícil levar estes objetivos a sério.	1	2	3	4	5	6	7
Honestamente, não me preocupo de cumprir estes objetivos ou não.	1	2	3	4	5	6	7
Estou muito empenhado em alcançar estes objetivos.	1	2	3	4	5	6	7
Não seria preciso muito para abandonar estes objetivos.	1	2	3	4	5	6	7
Penso que estes são bons objetivos para tentar alcançar.	1	2	3	4	5	6	7

Parte IV
Caracterização Sócio- Demográfica

1. **Sexo:** ___Feminino ___Masculino
2. **Idade:** ___anos
3. **Profissão:** ___ Médico(a) ___Enfermeiro(a)
4. **Exerce cargo de chefia?** ___ Sim ___ Não
 - 4.1. De que tipo: _____
5. **Tempo de exercício profissional (em anos):** _____
6. **Nível de escolaridade:**
 - ___ Licenciatura
 - ___ Especialidade
 - ___ Mestrado
 - ___ Doutoramento
 - ___ Outro Qual? _____

ANEXO V - Análise estatística- Conhecimento dos Indicadores

- Teste de Levene

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Comprometimento global com os objetivos	Equal variances assumed	6,139	,014	6,878	305	,000	,84591	,12299	,60389	1,08792
	Equal variances not assumed			6,827	287,658	,000	,84591	,12391	,60201	1,08980

- Teste de Kolmogorov-Smirnov

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Comprometimento global com os objetivos	,078	307	,000	,981	307	,000

a. Lilliefors Significance Correction

- Teste de Mann-Whitney

	Comprometimento global com os objetivos
Mann-Whitney U	6885,000
Wilcoxon W	20415,000
Z	-6,253
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Grouping Variable: 2. Está familiarizado com os indicadores chave contratualizados internamente para a sua Área?

- Teste de Qui-Quadrado

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,828 ^a	1	0,176		
Continuity Correction^b	1,35	1	0,245		
Likelihood Ratio	1,825	1	0,177		
Fisher's Exact Test				0,189	0,123
Linear-by-Linear Association	1,822	1	0,177		
N of Valid Cases	307				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,44.

b. Computed only for a 2x2 table

ANEXO VI - Análise estatística- Envolvimento na definição dos indicadores

- Teste de Mann-Whitney

	Comprometimento global com os objetivos
Mann-Whitney U	4572,000
Wilcoxon W	36450,000
Z	-3,962
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Grouping Variable: 3. Foi envolvido na definição dos indicadores/objetivos?

- Teste de Qui-quadrado

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	10,139 ^a	1	0,001		
Continuity Correction^b	8,627	1	0,003		
Likelihood Ratio	8,451	1	0,004		
Fisher's Exact Test				0,005	0,003
Linear-by-Linear Association	10,106	1	0,001		
N of Valid Cases	307				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,55.

b. Computed only for a 2x2 table